

## Intercâmbio internacional na era COVID-19: por que Portugal?

International exchange in COVID-19 era: why Portugal?

*Intercambio internacional en la era COVID-19: ¿Por qué Portugal?*

Rodrigo Alberton da Silva<sup>1</sup> , Carlos Rodrigues da Silva Filho<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Universidade de Passo Fundo.

<sup>2</sup> Faculdade Estadual de Medicina de Marília

### Resumo

**Problema:** O intercâmbio internacional é um excelente instrumento de formação para estudantes e Portugal apresenta diversas vantagens para os alunos brasileiros. No entanto, a literatura brasileira carece de relatos de experiência sobre tais atividades e os estudantes frequentemente encontram-se preocupados sobre quais atividades serão desenvolvidas, sobre que tipo de sistema de saúde encontrarão e, recentemente, sobre como a pandemia se desenrolou no país de destino. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, referente a um estágio internacional na área da saúde, realizado por um acadêmico brasileiro em Portugal. O trabalho foi elaborado a partir de pesquisas bibliográficas e resgate mnemônico da experiência. **Resultados:** O sistema de saúde português funciona de forma semelhante ao brasileiro, baseado na atenção primária à saúde e na descentralização, e apresentou bom desempenho em relação à pandemia da COVID-19. O intercâmbio foi realizado na área de medicina geral e familiar e de medicina de emergência pela Universidade de Lisboa, no início de 2020, e foi composto por uma vasta gama de atividades desenvolvidas, principalmente o acompanhamento de consultas. Os aprendizados do estágio incluem os conteúdos técnicos das consultas acompanhadas, os conhecimentos não científicos ensinados durante a rotina e as experiências sociais vivenciadas na viagem. **Conclusão:** Os estudantes brasileiros encontrarão familiaridades e diferenças positivas no sistema de saúde português e observarão excelentes números em relação ao controle da pandemia da COVID-19. O intercâmbio em Portugal possibilitou o crescimento profissional e pessoal do estudante e é recomendado para os estudantes brasileiros da área da saúde interessados em uma experiência transcultural.

**Palavras-chave:** Intercâmbio Educacional Internacional; Estágio Clínico; Educação Médica; Medicina de Família e Comunidade; Medicina de Emergências.

**Como citar:** Silva RA, Silva Filho CR. Intercâmbio internacional na era COVID-19: por que Portugal?. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2723 [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2723](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2723)

**Autor correspondente:**

Rodrigo Alberton da Silva..

E-mail: [rodrigoalbertondasilva@gmail.com](mailto:rodrigoalbertondasilva@gmail.com)

**Fonte de financiamento:**

declaram não haver.

**Parecer CEP:**

não se aplica.

**Procedência:**

não encomendado.

**Avaliação por pares:**

Externa.

Recebido em: 25/09/2020.

Aprovado em: 07/11/2020.

**Editor Associado:**

Luciana Tricai Cavalini



## Abstract

**Problem:** The international exchange is an excellent training tool for students and Portugal presents several advantages for Brazilian academics. However, the Brazilian literature lacks experience reports about these activities and students are often concerned about what activities will be developed, about what kind of health system will they find, and, recently, about how the pandemic unfolded in the destination country. **Methods:** This is a descriptive study, experience report format, referring to an international exchange in the health field, performed by a Brazilian student in Portugal. The manuscript was elaborated with bibliographic research and mnemonic rescue of experience. **Results:** The Portuguese health system operates similarly to the Brazilian one, relying on primary health care and decentralization, and presented good performance regarding the COVID-19 pandemic. The exchange occurred in the family medicine and emergency medicine field from the University of Lisbon, in early 2020, and comprised a broad range of activities, specially consultation tracking. The internship's lessons include technical content of the consultations followed, non-scientific knowledge taught during routine and social experiences during the trip. **Conclusion:** Brazilian students will find familiarities and positive differences in the Portuguese health system and will observe excellent numbers regarding the control of the COVID-19 pandemic. The exchange in Portugal allowed the professional and personal growth of the student and it is recommended for Brazilian academics from the health field interested in a transcultural experience.

**Keywords:** International Educational Exchange; Clinical Clerkship; Education, Medical; Family Practice; Emergency Medicine.

## Resumen

**Problema:** El intercambio internacional es una excelente herramienta de formación para los estudiantes y Portugal presenta numerosas ventajas a los alumnos brasileños. No obstante, la literatura brasileña carece de relatos de experiencias sobre estas actividades y a los estudiantes a menudo les preocupa qué actividades se llevarán a cabo, qué tipo de sistema de salud encontrarán y, recientemente, cómo se desarrolló la pandemia en el país de destino. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, con relación a un pasantía internacional en el área de la salud, efectuado por un alumno brasileño en Portugal. El artículo se elaboró a partir de la investigación bibliográfica y el rescate mnemónico de la experiencia. **Resultados:** El sistema de salud portugués opera de manera similar al brasileño, apoyado en la atención primaria en salud y en la descentralización, y presentó un buen desempeño en relación con la pandemia de COVID-19. El intercambio fue realizado en el campo de la Medicina Familiar y Comunitaria y la Medicina de Emergencia por la Universidad de Lisboa, a principios de 2020, y fue compuesto por una amplia gama de actividades desarrolladas, principalmente el seguimiento de consultas. Las lecciones aprendidas en la pasantía incluyen los contenidos técnicos de las consultas seguidas, el conocimiento no científico enseñado durante la rutina y las experiencias sociales vividas en el viaje. **Conclusión:** Los estudiantes brasileños encontrarán familiaridades y diferencias positivas en el sistema de salud portugués y observarán excelentes números en relación con la pandemia de COVID-19. El intercambio en Portugal posibilitó el crecimiento profesional y personal del alumno y es recomendado para estudiantes brasileños del área de salud interesados en una experiencia transcultural.

**Palabras clave:** Intercambio Educacional Internacional; Prácticas Clínicas; Educación Médica; Medicina Familiar y Comunitaria; Medicina de Emergencia.

## INTRODUÇÃO

O movimento de internacionalização das universidades brasileiras e o número de intercâmbios internacionais tem aumentado recentemente.<sup>1</sup> Academicamente, tais experiências permitem a aquisição de conhecimentos específicos em cada área e enriquecem o currículo para futuros processos seletivos, como a residência médica. Na medicina, os intercâmbios podem auxiliar no desenvolvimento de habilidades importantes na prática clínica, como a comunicação, a relação médico-paciente e até a interação profissional entre médicos.<sup>1</sup> Essas experiências tornam-se ainda mais valiosas quando analisamos seu potencial na educação médica brasileira, que permanece com um currículo focado no cenário hospitalar e no ensino pouco holístico e excessivamente técnico.<sup>2</sup> Os resultados extraprofissionais são ricos, especialmente no desenvolvimento pessoal, social e cultural, que também impactarão positivamente na formação profissional dos futuros médicos.<sup>1-4</sup>

Portugal apresentou um crescimento significativo de estudantes internacionais na última década, especialmente provenientes do Brasil.<sup>5</sup> Os brasileiros representam cerca de um terço dos estudantes internacionais nesse país,<sup>6</sup> sendo uma parcela significativa de todos os estudantes do ensino superior português.<sup>5</sup> Os motivos por trás desse fenômeno incluem as semelhanças linguísticas e culturais, a relação histórica entre os países e o apoio de programas governamentais.<sup>5</sup>

Sabendo da utilidade do intercâmbio internacional como instrumento de formação médica e da abertura portuguesa aos estudantes brasileiros, esse relato tem o objetivo de discutir ambos sistemas de saúde e apresentar a experiência realizada por um estudante brasileiro em Portugal, com o intuito de incentivar a realização de novos intercâmbios por outros estudantes. Como o intercâmbio foi realizado durante a era COVID-19 e compreendendo o impacto desse fenômeno na educação médica, discutem-se os sistemas de saúde com a análise de seus desempenhos em relação à pandemia.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado por um acadêmico brasileiro da saúde que realizou um estágio internacional em Portugal. O trabalho foi elaborado em conjunto com um orientador da área educação médica e compreendeu um resgate mnemônico da experiência realizada, pesquisa bibliográfica sobre os assuntos discutidos e estruturação do manuscrito. O estudo foi realizado de acordo com as normas sugeridas pela diretriz SQUIRE.<sup>7</sup>

A experiência é relatada sob duas perspectivas do cenário de ensino-aprendizagem em saúde em Portugal: (primeira parte) o bom funcionamento do sistema de saúde português, comparando-o com o Sistema Único de Saúde (SUS) e analisando o desempenho dos países frente a pandemia da COVID-19; e (segunda parte) a descrição da experiência realizada por um dos autores, discutindo os cenários de aprendizagem, atividades desenvolvidas e fortalezas da experiência.

O estágio ocorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) Benfica Jardim e no Serviço de Urgência Central (SUC) do Hospital de Santa Maria, na cidade de Lisboa. A experiência é resultado de um acordo bilateral entre a Universidade de Passo Fundo e a Universidade de Lisboa e foi realizada na área de Medicina Geral e Familiar (MGF), com duração de 6 semanas, e de Medicina de Emergência, com duração de 2 semanas, entre janeiro e fevereiro de 2020.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Primeira parte: o sistema de saúde em Portugal

#### 1. Semelhanças e diferenças com o SUS

##### A) Divisão dos sistemas de saúde e contexto de origem dos sistemas públicos

O sistema de saúde português compreende três sistemas de saúde que se relacionam: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que articula e compreende o sistema público de saúde; os subsistemas de saúde, ou seja, os seguros públicos e privados voltados a profissões ou grupos específicos; e o seguro de saúde voluntário, resumindo-se a iniciativa privada.<sup>8</sup>

Comparações entre os sistemas de saúde português e brasileiro estão presentes na Tabela 1. Ambos os sistemas públicos de saúde surgiram no contexto da redemocratização que ocorreu em Portugal e no Brasil no último quarto do século XX.<sup>9-11</sup> Houve importante participação da população através de movimentos sociais e a concretização de conquistas a partir das constituições e leis.<sup>10-13</sup>

**Tabela 1.** Semelhanças e diferenças entre os sistemas de saúde português e brasileiro.

<b>Características</b>	<b>Portugal</b>	<b>Brasil</b>
Cobertura do sistema público	Universal	Universal
Cobertura do sistema privado	25%	22,8 - 30%
Movimento social propulsor	Revolução dos Cravos	Reforma Sanitária
Constituição	Constituição da República	Constituição Cidadã
Lei	Lei de Bases da Saúde	Lei Orgânica da Saúde
Eixos estruturantes em comum	Descentralização e regionalização da administração, hierarquização e atenção primária à saúde	
PIB alocado à saúde	9,5%	9%
Investimento privado	35% (80% em copagamentos)	Não encontrado
Fragilidades em comum	Subfinanciamento (setorizado em Portugal e global no Brasil); Deficiência de acesso para o interior e em serviços específicos; Listas de espera para exames e consultas específicas.	

Fontes.8-13

## B) Eixos estruturantes e a importância da atenção primária à saúde

Todo sistema de saúde português é articulado pelo Ministério da Saúde, a instituição responsável pelo planejamento e administração do SNS e pela regulação e inspeção dos serviços privados contratados. O planejamento ocorre por meio das prioridades elencadas pelo governo e envolve grande parte da sociedade. A maioria dos serviços são oferecidos por instituições públicas, mas há parcerias privadas, como ocorre com as consultas odontológicas, terapias renais substitutivas, reabilitações e métodos diagnósticos complementares específicos.<sup>8</sup>

Assim como no Brasil, Portugal elencou como eixos importantes do sistema público a descentralização e regionalização da administração e a hierarquização conforme complexidade. Isso se deu pela criação de administrações regionais.<sup>8,11,14,15</sup> A atenção primária à saúde (APS) é a base dos sistemas, complementada pela atenção secundária e terciária, coordenadas no âmbito hospitalar.<sup>8</sup>

Em Portugal, a APS é organizada pelos agrupamentos de centros de saúde (ACES). Cada ACES contém unidades de saúde que fornecem serviços de atenção primária, como as unidades de saúde familiar. O primeiro contato da população costuma ser com um médico geral, muitas vezes especializado em medicina geral e familiar. Em 2015, 7,2 milhões de pacientes tiveram pelo menos um atendimento nas unidades de saúde da APS e 74% dos pacientes relataram ter seu problema de saúde resolvido.<sup>8</sup>

No Brasil, a APS é igualmente importante. Entre 2000 e 2016, a estratégia saúde da família cresceu sua cobertura populacional de 7,8% para 58,5% (13,2 milhões para 120,2 milhões de pessoas)<sup>9</sup> e a resolutividade de APS brasileira atinge valores tão elevados quanto à realidade portuguesa.<sup>10</sup>

Portugal apresenta maior investimento bruto, alcançando um custo em saúde de 2.689,90 dólares por pessoa, em 2014.<sup>8</sup> No Brasil, o custo em saúde por pessoa é de 947,00 dólares.<sup>9,16</sup> A grande diferença entre os sistemas é a forte presença do investimento privado português, especialmente por meio de copagamentos dos pacientes com medicamentos, exames e consultas (quase 25% dos gastos do SNS).<sup>8</sup> Essas taxas moderadoras são pagamentos complementares e estão isentas para até 60% da população, contanto que os pacientes apresentem justificativas, como desemprego ou gravidez.<sup>8,11</sup>

## C. Fragilidades

Em Portugal, o SNS apresenta dificuldades com a deficiência de programas de controle de qualidade, financiamento limitado para cuidados de saúde continuados e uso excessivo dos centros de emergência. Além disso, existem problemas de acessibilidade, especialmente na baixa cobertura dos medicamentos

e tratamentos odontológicos, no acesso em regiões interioranas e nas listas de espera em determinados exames ou consultas especializadas.<sup>8</sup>

No SUS, apesar do PIB investido em saúde, apenas 47% é direcionado ao setor público.<sup>16,17</sup> Essa alocação de recursos deficiente contribui com a existência de serviços públicos insatisfatórios. Assim, as famílias procuram serviços privados de forma complementar ao SUS, gerando importantes despesas financeiras. Também há dificuldades severas com a acessibilidade e grandes listas de espera.<sup>9</sup>

## 2. Desempenho em relação à pandemia da COVID-19: exemplo a ser seguido

### A) Características populacionais

Para fazer comparações, é necessário identificar as diferenças entre as duas populações. Sabe-se que fatores demográficos e comorbidades estão associados a maior mortalidade. Dentre as variáveis, encontra-se a idade avançada, sexo masculino e doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, doença cardiovascular, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer.<sup>18</sup> Os dados comparativos entre os dois países sobre a prevalência dessas variáveis encontram-se na Tabela 2. Como Portugal apresenta uma proporção 2 a 3x maior de idosos<sup>19,20</sup> e maior prevalência e impacto de comorbidades<sup>21,22</sup>, ilustra-se um panorama onde Portugal apresentaria maior índice de mortalidade pela infecção.

**Tabela 2.** Prevalência de variáveis associadas a maior mortalidade em Portugal e no Brasil.

Características	Portugal	Brasil
Taxa de idosos*	22,14%	9,52%
Sexo masculino	47,2%	48,89%
DCV	11,74%	6,7%
DM	16,5%	4,57%
DPOC	5,73%	4,35%
CA	2,97%	0,84%
Mortes por DCNT**	86%	74%

Além das diferenças de idade, sexo e comorbidades, o impacto da pandemia também é influenciado por questões sociais e políticas. No Brasil, as deficiências de infraestrutura sanitária, as iniquidades de acesso à saúde e a presença de uma administração pública negacionista, corrupta e ineficiente são exemplos de características que prejudicam o desempenho do país em relação à pandemia.<sup>23-26</sup>

### B) Modelos de enfrentamento empregados

Na ausência de antivirais e vacinas, as medidas não farmacológicas são essenciais para o controle dessa infecção, sejam elas medidas individuais ou medidas de saúde pública.<sup>27-29</sup>

Portugal apresentou uma resposta ágil, com diversas medidas de combate em março. O fechamento das fronteiras e a restrição da circulação foram instituídos precocemente. Locais de aglomeração popular foram encerrados e instituiu-se o teletrabalho no setor público e medidas de apoio econômico e social.<sup>30</sup>

O Brasil também adotou diversas medidas de combate a pandemia, mas a maioria foi implementada gradativamente por iniciativa dos estados e municípios, incluindo as medidas de contingenciamento populacional.<sup>31,32</sup> Além disso, foram realizados fortalecimentos na APS, incluindo investimentos públicos e outras ações.<sup>33</sup>

Um dos fatores que influenciam o desempenho de um país frente à pandemia é a postura e gestão dos seus governos. O negacionismo demonstrado pelo governo federal brasileiro, a falta de empatia com sua população, principalmente os vulneráveis, a desestruturação do Ministério da Saúde e a dupla mensagem na comunicação oficial levaram a uma inacreditável inação diante da maior crise sanitária já enfrentada em décadas. Criou-se um cenário confuso e carente de governança, no qual até mesmo as ações de distanciamento social sofreram oposição do governo central.<sup>25,26</sup>

### **C) Evolução da pandemia**

A pandemia iniciou-se de forma semelhante em ambos países: o primeiro caso confirmado e a primeira morte ocorreram entre fevereiro e março. Em outubro de 2020, Portugal contou com uma taxa de casos confirmados de 11.879/1.000.000 habitantes e uma taxa de mortalidade de 229/1.000.000 habitantes. No Brasil, a taxa de casos confirmados e de taxa de mortalidade por habitantes foram de 25.451/1.000.000 e 740/1.000.000, respectivamente. Esses dados apontam para uma pior evolução da doença no território brasileiro.<sup>34</sup>

Além disso, o Brasil também é acometido por altas taxas de subnotificação. Estudos chegam a identificar uma notificação de apenas 9,2% dos casos, projetando um número real de infectados 11 vezes maior que os registros oficiais.<sup>35</sup> A população brasileira também sofreu com o acometimento desigual. Um exemplo disso foi identificado por um levantamento epidemiológico da cidade de São Paulo, no qual 10,9% da população geral havia sido infectada. As raças preta e parda apresentaram uma taxa de 14,8%. As classes D e E alcançaram 14,3%, contra apenas 4,7% das classes A e B.<sup>36</sup>

### **Segunda parte: experiência com o sistema público de saúde português através de um estágio acadêmico**

Além de apresentar um sistema de saúde eficiente e semelhante ao brasileiro, Portugal também pode propiciar vivências enriquecedoras que tornam esse país atrativo aos estudantes brasileiros. A seguir é descrito os cenários de aprendizagem, atividades desenvolvidas e comentários sobre uma experiência realizada no SNS.

#### **1. Cenários de aprendizagem**

O estágio internacional ocorreu durante 6 semanas na área de medicina geral e familiar, na USF Benfica Jardim, e durante 2 semanas na área de medicina de urgência, no Serviço de Urgência Central do Hospital Santa Maria.

A USF Benfica Jardim é responsável por aproximadamente 16.000 pacientes e conta com 20 profissionais, sendo 11 médicos. Cada médico conta com cerca de 1.700 pacientes.<sup>37</sup> O SUC pertence ao hospital da Universidade de Lisboa e atende cerca de 500 consultas por dia, sendo responsável por uma região com 310.000 habitantes.<sup>38</sup> Ele é dividido em setores de atendimento conforme o protocolo de Manchester e em salas de monitoramento de pacientes respiratórios ou graves.

#### **2. Atividades desenvolvidas**

A metodologia de ensino de ambas as áreas baseia-se na modalidade de “ombro-a-ombro”, na qual o aluno é apadrinhado por um médico experiente e acompanha o profissional durante a rotina do serviço.

No estágio de MGF foram acompanhadas cerca de 450 consultas abertas ou agendadas com cerca de 15 a 30 minutos. Os pacientes apresentaram entre 2 meses e 99 anos, com idade média de 50 anos e 64% do sexo feminino. Estudos de análise de demanda em unidades brasileiras da APS encontraram uma idade média inferior e uma participação do sexo feminino de 72% e 68%.<sup>39,40</sup>

A Tabela 3 identifica a frequência das queixas principais dos atendimentos acompanhados. Comparados a estudos brasileiros, os resultados concordam com a elevada prevalência de consultas relacionadas a determinados sintomas ou doenças (lombalgia, tosse, febre, infecções respiratórias e hipertensão), aos exames complementares (entre 10% e 20% dos atendimentos) e às medicações (entre 5% e 10%).<sup>39,40</sup> Destaca-se que quase um terço dos atendimentos estavam relacionados com queixas pouco comuns, achado compatível com os trabalhos brasileiros,<sup>39,40</sup> demonstrando a diversidade e abrangência tradicionalmente associadas à APS. As principais diferenças observadas incluem a baixa importância do diabetes mellitus (menos de 1%) e a elevada importância de procedimentos de natureza administrativa, que foram motivos em 5,6% e em menos de 5% das consultas nos trabalhos brasileiros, respectivamente.<sup>39,40</sup>

Outras atividades fizeram parte das experiências vivenciadas durante o estágio, incluindo a participação em visitas domiciliares com a equipe de enfermagem (destinadas a pacientes idosos acamados e outras populações vulneráveis), acompanhamento de procedimentos ambulatoriais de sutura, coletas do exame Papanicolau, introdução de dispositivos intrauterinos, observação de reuniões semanais da equipe de saúde e presença em eventos científicos, como debates sobre a insônia e a doença pulmonar obstrutiva crônica.

**Tabela 3.** Frequência dos principais motivos que levaram a busca por atendimento médico durante o estágio de medicina geral e familiar em uma Unidade de Saúde Familiar de Lisboa.

Principal motivo da consulta	n	%
Solicitação ou preenchimento de documentos	68	14,8
Avaliação e solicitação de exames complementares	48	10,4
Avaliação e renovação de medicamentos	37	8,0
Infecções de via aérea superior e síndrome gripal	34	7,4
Consultas de rotina pediátrica e puericultura	15	3,2
Avaliação de lombalgia	13	2,8
Manejo de hipertensão arterial sistêmica	13	2,8
Consultas de rotina obstétrica	12	2,6
Infecções de via aérea inferior e pneumonias	12	2,6
Avaliação de artralguas	11	2,4
Consultas de revisão e prevenção	10	2,1
Doenças eritematosas e papulares da pele	10	2,1
Infeção do trato urinário	9	1,9
Avaliação de tosse	7	1,5
Transtorno depressivo	6	1,3
Gastroenterites	6	1,3
Outros*	147	32%

Fonte: Próprio autor. \*Queixas que foram motivo principal em menos de 1% das consultas.

No estágio de urgência, foi possível acompanhar todos os setores do protocolo de Manchester, as salas de atendimento aos pacientes com queixas respiratórias e a sala de observações dos doentes graves. Também foi possível acompanhar consultas eletivas, sobretudo na área de dislipidemias e medicina interna.



Além das queixas comuns de cada nível de urgência, destaca-se a grande frequência de casos graves que permaneciam monitorados pela equipe de emergência. Esses pacientes permitiram debates e discussões sobre os limites e a efetividade de exames e tratamentos, sobre a finitude da vida e sobre as dificuldades nas comunicações de más notícias.

### **3. Fortalezas da experiência**

#### **A) SNS**

No geral, foi possível observar a semelhança de funcionamento entre os sistemas de saúde brasileiro e português. A USF e o SUC funcionam de forma parecida às unidades básicas de saúde e às emergências brasileiras, apresentando alto fluxo de pacientes, consultas ágeis e queixas semelhantes à demanda do Brasil. Além das semelhanças, destacam-se fortalezas do SNS que ainda não haviam sido testemunhadas pelo autor durante a graduação.

Uso aprofundado de tecnologias na APS: ampla utilização do serviço telefônico “SNS 24” pela população geral para orientações, utilização do telefone do consultório pelo médico para comunicação com os pacientes, uso disseminado da prescrição de receitas por endereço eletrônico ou mensagem telefônica, um sistema eletrônico de relatórios sobre o desempenho dos profissionais de saúde relacionado aos desfechos dos pacientes e um sistema virtual de dados clínicos conectado entre a APS e o hospital de referência.

Forte presença da especialidade de MGF: 70,8% dos médicos da ACES Lisboa Norte e 81,8% da USF Benfica Jardim são formados em MGF.<sup>37</sup> Essa característica melhora a qualidade do atendimento aos pacientes, já que a MGF é a especialidade de excelência para a APS, principalmente por que está apoiada em princípios como a prática médica centrada na pessoa, a abordagem holística, a resolutividade, o empoderamento dos pacientes e a atuação humanizada.<sup>41</sup>

No SUC, destaca-se a organização dos fluxos e a sala de observação (SO). Todos os turnos, o médico responsável pela chefia do serviço redistribui a equipe médica entre os setores da emergência, dependendo das filas de espera monitoradas eletronicamente. A SO é um local onde são internados pacientes graves da emergência ou de outros setores do hospital, permitindo o olhar contínuo dos médicos sobre os doentes e assemelhando-se a uma unidade de cuidados intermediários. Apesar do ambiente delicado e tenso originado pela natureza das doenças do setor, a equipe e a chefia sempre conseguiram manter um ambiente de coleguismo, tranquilidade e bom humor. Alcançar esse padrão é imprescindível para saúde mental dos profissionais e demonstra a qualidade da gestão de pessoas do serviço.

Em relação à pandemia da COVID-19, a agilidade e organização do SNS também foi uma fortaleza. A unidade de saúde familiar estava preparada para lidar com a infecção já nos primeiros dias de janeiro e o SUC estava orientado a manejar os casos na emergência ainda antes do primeiro caso confirmado no país.

#### **B) Os benefícios da experiência**

Os estágios internacionais contribuem com a internacionalização da ciência e a criação de vínculos entre instituições.<sup>42</sup> Além das vantagens externas, eles são uma ferramenta valiosa na formação individual dos estudantes. A Tabela 4 identifica os diversos benefícios associados à experiência vivida.



**Tabela 4.** Benefícios da experiência associada ao estágio internacional realizado em Lisboa.

<b>Profissionais</b>
Incrementação curricular com uma experiência profissional internacional.
Aprendizados sobre conhecimentos técnicos da medicina, como manejo de doenças comuns.
Aprendizados sobre conhecimentos não técnicos da medicina, como a comunicação de más notícias.
Contato com diferentes estilos de atendimento médico, sistema de saúde e protocolos clínicos.
Criação de uma rede de contatos na área da saúde em outro país.
Valorização do SUS, ao perceber a dificuldade que é implementar um sistema de saúde com tal capilaridade e qualidade de cuidado em saúde.
Expansão da criticidade do aluno frente a própria realidade médica, por conhecer e comparar o funcionamento com a realidade experienciada no estágio.
<b>Pessoais</b>
Criação de laços de amizade com as equipes de saúde, preceptores e outras pessoas que participaram da rotina do estágio e da viagem como um todo.
Contato com uma cultura com diferentes hábitos e valores.
Contato com um país com diferentes paisagens, culinária e hobbies. Desenvolvimento do autoconhecimento e amadurecimento individual.
Desenvolvimento do potencial de resolução de problemas, na medida que desafios vão surgindo durante a viagem.
Valorização do próprio país e dos pontos positivos exclusivos de cada nação. Expansão da visão do viajante frente as possibilidades do futuro.

Fonte: Próprio autor.

Para os conteúdos técnicos, como os estágios são uma atividade prática, intensa e repetitiva, a observação do manejo de doenças comuns permite um aprendizado altamente eficaz, complementando a matriz curricular tradicional. Por outro lado, como os estágios baseiam-se na vivência global da rotina profissional, eles permitem aprendizados que superam os conteúdos técnicos tradicionalmente ensinados nas escolas médicas. Como exemplo, ao realizar visitar domiciliares com as enfermeiras da USF, foi possível observar a marginalização causada por doenças incapacitantes. Nas consultas de MGF, foi possível entender mais sobre a adesão a medicamentos e sobre o conceito de autonomia dos pacientes. A partir dos doentes da SO do SUC, foi possível apreender sobre o conceito de futilidade terapêutica e sobre a morte.

Outros relatos também enaltecem o grande aprendizado pessoal que uma experiência de intercâmbio internacional pode trazer.<sup>43</sup> A vivência promove reflexões sobre a profissão e sobre o indivíduo.<sup>44</sup> O autor destaca o impacto positivo que o estágio causou na identificação de defeitos e qualidades da própria prática clínica, na geração de vínculos de amizade com as equipes, professores e outras pessoas durante a experiência, no conhecimento de outra cultura e, por fim, no seu próprio amadurecimento, em especial sobre o planejamento de metas de vida.

## Agradecimentos

O autor gostaria de agradecer a todas as partes envolvidas na oportunidade de realização do estágio. As médicas tutoras dos estágios: Dra. Susana Vieira e Dra. Inês Colaço, e suas respectivas equipes, pelas orientações e amabilidade. As universidades e seus respectivos setores internacionais: Assessoria Internacional da Universidade de Passo Fundo (UPF) e Núcleo de Cooperação Internacional da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pela competência e comprometimento. Ao Coordenador de Curso da Faculdade de Medicina da UPF, Dr. Ivo Scherer, pelo incentivo e apoio.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Autoria e colaboração

Concepção e delineamento do trabalho: RAS, CRSF. Elaboração do rascunho do trabalho: RAS. Revisão crítica da versão preliminar: CRSF. Aprovação final da versão a ser publicada: RAS, CRSF. Concordância em prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho: RAS, CRSF.

## REFERÊNCIAS

1. Jacobs F, Stegmann K, Siebeck M. Promoting medical competencies through international exchange programs: benefits on communication and effective doctor-patient relationships. *BMC Med Educ.* 2014 Mar;14:43. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-43>
2. Ferreira IG, Carreira LB, Botelho NM. Mobilidade internacional na graduação em medicina: relato de experiência. *ABCS Health Sci.* 2017 Ago;42(2):115-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i2.1013>
3. Branco BJS, Ribeiro CR. How international internships enrich a medical career. *Braz J Cardiovasc Surg.* 2018;33(4):428-30. DOI: <https://doi.org/10.21470/1678-9741-2018-0142>
4. Barata AN, Rigon S. Family medicine 360°: global exchanges in family medicine. *J Fam Med Prim Care.* 2015;4(3):305-9. DOI: <https://doi.org/10.4103/2249-4863.161302>
5. Iorio JC, Nogueira SG. O acolhimento de estudantes internacionais: brasileiros e timorenses em Portugal. *REMHU, Rev Interdiscip Mobil Hum.* 2019 Ago;27(56):197-215. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-85852503880005611>
6. Iorio J, Fonseca ML. Estudantes brasileiros no ensino superior português: construção do projeto migratório e intenções de mobilidade futura. *Finisterra.* 2018 JAN;53(109):3-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.18055/Finis15650>
7. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Safe.* 2016 Dec;25(12):986-92. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>
8. Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: health system review. *Health Syst Transit.* 2017 Mar;19(2):1-184.
9. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health.* 2018;3(4):e000829. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>
10. Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018 Jun;23(6):1729-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>
11. Bravo MIS. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. *Serv Soc Soc.* 2010;(102):205-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000200002>
12. Lei no 48/90, de 24 de agosto de 1990 (PT). Lei de bases da saúde. *Diário da República, Lisboa (PT);* 24 aug 1990: no 195/1990: Série I: 3452-9; [acesso em 2020 Ago 20]. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/574127/details/normal?l=1>
13. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF),* 20 set 1990; [acesso em 2020 Ago 20]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
14. Ministério da Saúde (BR). SUS – princípios e conquistas [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020; [acesso em 2020 Ago 08]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)
15. Ministério da Saúde (BR). Regionalização [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013; [acesso em 2020 Ago 08]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/827-articulacao-interfederativa/40853-regionalizacao>
16. Pasternak J. Que futuro tem o Sistema Único de Saúde brasileiro?. *Einstein (São Paulo).* 2018;16(4):eED4811. DOI: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2018ED4811](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2018ED4811)
17. Campos GWS. SUS: o que e como fazer?. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018 Jun;23(6):1707-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>

18. Rod JE, Oviedo-Trespalacios O, Cortes-Ramirez J. A brief-review of the risk factors for Covid-19 severity. *Rev Saúde Publica*. 2020 Jul;54:60. DOI: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002481>
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2020; [acesso em 2020 Jun 17]. Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm\\_source=portal&utm\\_medium=popclock&utm\\_campaign=novo\\_popclock](https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock)
20. Instituto Nacional de Estatística (INE). População residente [Internet]. Lisboa: INE; 2020; [acesso em 2020 Jun 17]. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0)
21. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: WHO; 2018.
22. The Global Burden of Disease Study (GBD). GBD 2017 compare [Internet]. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation University of Washington; 2017; [acesso em 2020 Set 13]. Disponível em: <https://www.thelancet.com/lancet/visualisations/gbd-compare>
23. Marchalik D, Petrov D. From literature to medicine. Seeing COVID-19 through José Saramago's blindness. *Lancet* [Internet]. 2020 Jun; [citado 2020 Ago 20]; 395:1899. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31352-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31352-0.pdf)
24. Ribeiro H, Lima VM, Waldman EA. In the COVID-19 pandemic in Brazil, do brown lives matter?. *Lancet Glob Health*. 2020 Ago;8(8):E976-E7. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30314-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30314-4)
25. The Lancet. COVID-19 in Brazil: "so what?". *Lancet*. 2020 Mai;395(10235):1461. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3)
26. Barberia LG, Gómez EJ. Political and institutional perils of Brazil's COVID-19 crisis. *Lancet*. 2020 Ago;396(10248):367-8. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31681-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31681-0)
27. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M. Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Imperial College London. 2020 Mar 16; [Epub ahead of print]. DOI: <https://doi.org/10.25561/77482>
28. Helmy YA, Fawzy M, Elasad A, Sobieh A, Kenney SP, Shehata AA. The COVID-19 pandemic: a comprehensive review of taxonomy, genetics, epidemiology, diagnosis, treatment, and control. *J Clin Med*. 2020 Abr;9(4):1225. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm9041225>
29. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HG. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2020 Jun;395(10242):1973-87. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)
30. Campos LP, Lins T. Pandemia à Portuguesa: um relato sobre o Covid-19 em Portugal. *Espaço Economia*. 2020;17:1-12. DOI: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10369>
31. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020 Jun;25(Supl 1):2423-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
32. Antunes BBP, Peres IT, Baião FA, Ranzani OT, Bastos LSL, Silva AAB, et al. Progressão dos casos confirmados de COVID-19 após implantação de medidas de controle. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020;32(2):213-23. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200028>
33. Harzheim E, Martins C, Wollmann I, Pedebos LA, Faller LA, Marques MC, et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(Supl 1):2493-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11492020>
34. World Health Organization (WHO). WHO coronavirus disease (COVID-19) dashboard [internet]. Geneva: WHO; 2020; [acesso em 2020 Out 28]. Disponível em: <https://covid19.who.int>
35. Prado MF, Antunes BBP, Bastos LSL, Peres IT, Silva AAB, Dantas LF, et al. Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020;32(2):224-8. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200030>
36. Agência Brasil (BR). Pesquisa aponta que 10,9% da população da capital teve covid-19 [Internet]. Brasília (DF): Agência Brasil; 2020 Ago; [acesso em 2020 Set 13]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-08/sp-pesquisa-aponta-que-109-da-populacao-da-capital-teve-covid-19>
37. Serviço Nacional de Saúde (SNS). Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários [Internet]. Lisboa: SNS; 2020; [acesso em 2020 Mar 18]. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
38. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E. Hospital de Santa Maria. Página inicial [Internet]. Lisboa: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2020; [acesso em 2020 Mar 18]. Disponível em: <http://www.chln.pt/index.php>
39. Pimentel IRS, Coelho BC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FPC, Pinheiro RP, et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da família.. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011 Ago;6(20):175-81. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf6\(20\)95](https://doi.org/10.5712/rbmf6(20)95)
40. Santos KPB, Ribeiro MTAM. Motivos de consulta mais comuns das pessoas atendidas por uma equipe de saúde da família em Fortaleza - CE. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015 Dez;10(37):1-11. DOI: <https://rbmf6.org.br/rbmf6/article/view/831>

41. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2007 Nov;3(11):157-72. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc3\(11\)334](https://doi.org/10.5712/rbmfc3(11)334)
42. Gomes MS, Chirelli MQ, Elisabete T. Unidade educacional eletiva: experiência de intercâmbio internacional na graduação em medicina. *Ver Bras Educ Med*. 2019 Set;43(3):196-203. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3rb20180225>
43. Dalmolin IS, Pereira ER, Silva RMCRA, Gouveia MJB, Sardinheiro JJ. Intercâmbio acadêmico cultural internacional: uma experiência de crescimento pessoal e científico. *Rev Bras Enferm*. 2013 Jun;66(3):442-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300021>
44. Neves AL. A experiência de um estágio internacional de cuidados de saúde primários em Boston, EUA. *Rev Port Clin Geral*. 2011;27(2):168-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v27i2.10837>