

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**RUBENS CAVALCANTI FREIRE DA SILVA**

**AS POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO DE  
MÉDICOS COMPROMETIDOS COM A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL**

**RECIFE – PE**

**AGOSTO/2016**

**RUBENS CAVALCANTI FREIRE DA SILVA**

**AS POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO DE  
MÉDICOS COMPROMETIDOS COM A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

**Orientadora: Profa. Dra. Ronice Maria Pereira Franco de Sá**

**RECIFE – PE**

**AGOSTO/2016**

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S586p Silva, Rubens Cavalcanti Freire da.  
As potencialidades da atenção primária à saúde na formação de médicos comprometidos com a transformação social / Rubens Cavalcanti Freire da Silva – 2016.  
67 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Ronice Maria Pereira Franco de Sá.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2016.  
Inclui referências e apêndices.

1. Educação médica. 2. Atenção primária à saúde. 3. Mudança social. 4. Responsabilidade social. I. Sá, Ronice Maria Pereira Franco de (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-176)

**RUBENS CAVALCANTI FREIRE DA SILVA**

**AS POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO  
DE MÉDICOS COMPROMETIDOS COM A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em : 23/08/2016

**BANCA EXAMINADORA**

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. **Ronice Maria Pereira Franco de Sá** (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. **Tânia Maria Lago Falcão** (Examinador Externo)  
Universidade de Pernambuco

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. **Adriana Falangola Benjamin Bezerra** (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

*Walk into splintered sunlight  
Inch your way through dead dreams  
To another land  
Maybe you're tired and broken  
Your tongue is twisted  
With words half spoken  
And thoughts unclear*

(Box of Rain, The Grateful Dead)

*If I feel tomorrow like I feel today  
We'll take what we want and give the rest away  
Strangers on this road we are on  
We are not two we are one*

(Strangers, The Kinks)

## RESUMO

A partir do reconhecimento da necessidade de se formar médicos comprometidos com as necessidades da população brasileira e com a transformação da realidade, elementos colocados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), é necessário repensar a educação médica, visando a formação de médicos generalistas capazes de acompanhar esse perfil proposto pelas DCN. Objetivou-se compreender e avaliar os indícios do modo em que a educação médica pode afluir numa perspectiva de formação de sujeitos comprometidos com a transformação social, a partir das vivências na rede de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Desenvolveu-se uma pesquisa de natureza qualitativa, empregando duas fontes de evidências diferentes: pesquisa documental de jornais reflexivos e método etnográfico de estudantes durante o estágio na APS do internato do curso médico. Constatou-se que os estudantes vivenciam diversos sentimentos que emergem ao entrarem em contato com os contextos abordados nesse cenário de prática-aprendizagem, além de desenvolverem diversas análises e perspectivas acerca dos problemas sociais encontrados. Com isso, constata-se que é possível na educação médica dentro dos espaços da APS culminar com uma formação comprometida com a transformação social. Faz-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas que investiguem a maneira de potencializar tal formação.

PALAVRAS-CHAVE: Educação médica. Atenção primária à saúde. Mudança social. Responsabilidade social.

## **ABSTRACT**

Recognizing the need to training doctors committed to population needs and social transformation, elements proposed by the National Curricular Guidelines (NCG), and the importance given to the primary healthcare on the training of human resources for the Sistema Único de Saúde (SUS), it is necessary to rethink medical education for the training of general practitioners able to follow the profile proposed by NCG. Thus, this study aimed to understand and analyze evidence of how medical education can contribute in training subjects committed to social transformation, from the experiences in primary healthcare services network. A qualitative research was developed using two different sources of evidence: documentary research and ethnography of students during the same internship. It was found that students experience different feelings on contact with the experienced context of this practice-learning scenario. Such feelings show a possibility of awareness among students about the commitment as future health professionals and the recognition of social function of medicine. Moreover, it was observed the arise of some possibilities of students perception, ranging from a critical analysis of the context to an indifferent description of social problems found. Thus, it appears that it is possible to support the primary healthcare spaces to encourage the medical education committed to social transformation. Development of new researchers is necessary for investigate how to enhance such training.

KEYWORDS: Medical education. Primary health care. Social change. Social responsibility.

## SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO .....	8
2	INTRODUÇÃO .....	10
3	REVISÃO DA LITERATURA .....	12
3.1	DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL E .. NO MUNDO	12
3.2	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORGANIZADORA DO SISTEMA ... DE SAÚDE E FORMADORA DE RECURSOS HUMANOS	17
3.3	POR UMA EDUCAÇÃO MÉDICA COMPROMETIDA COM A .....	19
	TRANSFORMAÇÃO SOCIAL	
4	PERGUNTA CONDUTORA .....	23
5	OBJETIVOS DA PESQUISA .....	23
5.1	OBJETIVO GERAL .....	23
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
6	CAMINHO METODOLÓGICO .....	24
6.1	SUJEITOS DA PESQUISA .....	24
6.2	TPO DA PESQUISA .....	24
6.3	ESTRATÉGIAS DE PESQUISA .....	24
6.4	PLANO DE ANÁLISE .....	27
6.5	ASPECTOS ÉTICOS .....	28
7	RESULTADOS .....	29
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	29
	REFERÊNCIAS .....	31
	APÊNDICES .....	37

## 1. APRESENTAÇÃO

A escolha por desenvolver este estudo surgiu de inquietudes acerca dos rumos em que a Educação Médica vem seguindo, construindo-se como um núcleo dentro da Ciência da Educação, com conteúdos e ferramentas específicas em sua área. A princípio, inquieto-me ao perceber que há uma robustez técnica desenvolvida com a finalidade de incorporar ferramentas didáticas em sala de aula e em espaços de atividades práticas, objetivando inculcar, quase que exclusivamente, uma alta densidade de conhecimentos técnicos na formação médica.

A Educação Médica, além de se apropriar de valiosos conceitos da pedagogia cunhada emancipatória, ou libertária, os reduziu a arcabouços de uma pedagogia técnica e “neutra”. Visando o desenvolvimento de habilidade e atitudes voltadas para aptidões clínicas, muitas vezes desconectadas das reais necessidades de saúde da população, utiliza-se, por exemplo, da técnica de “problematização” enquanto um método didático-pedagógico para o desenvolvimento técnico. Dessa maneira, reduz um conceito primordial da educação emancipatória, uma vez que se perde o sentido de tomada de consciência crítica para transformar a realidade a partir de problemas identificados nos processos formativos e de trabalho.

Essas inquietudes motivaram o presente estudo no campo da Educação Médica com uma perspectiva diferente: a de não apenas buscar uma formação técnica de alto nível, mas também comprometida com a transformação social. Isso, pois, pesquisei a partir do meu olhar sobre o mundo. Esse olhar parte dos locais que ocupo: pesquisador da educação; professor do curso médico da Universidade de Pernambuco; médico assistente e preceptor de estudantes e residentes em uma Unidade de Saúde da Família; militante da saúde e da educação médica.

Neste estudo, compartilho meu olhar sobre o mundo a partir do meu encontro com a professora Dr<sup>a</sup> Ronice Franco de Sá, proporcionado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco. Pesquisadora também da educação médica, a orientadora desta dissertação produziu, em sua tese de doutorado, um estudo sobre a formação da identidade de médicos generalistas. Percebeu que, entre outros elementos, essa identidade envolve valores ligados ao altruísmo e à honestidade e é fundamentada em relações de engajamento político e social. Avaliou como não só a socialização primária constrói essa identidade, mas também o modo que a socialização secundária, ou seja, como os espaços proporcionados pela instituição formadora, influenciam nessa construção (FRANCO DE SÁ, 2004).

Assim, ao tornar evidente que o estudo surge a partir de inquietações e que é desenvolvido por meio do olhar pessoal do pesquisador, com contribuição do olhar de sua orientadora, assumo o fato dessa ser uma dissertação em que o pesquisador é implicado com os sujeitos da pesquisa. Desse modo, a princípio, houve uma tentativa de escrever a dissertação na primeira pessoa. No entanto, as tendências de publicações científicas na

área da saúde impuseram a escrita na forma impessoal, ou seja, na terceira pessoa do singular. Mesmo assim, sinto que a minha voz, minhas inquietações e meus envolvimento aparecem de maneira explícita desde a introdução até o término da dissertação.

Entendendo que não há neutralidade na ciência, busquei seguir todo o rigor da metodologia qualitativa de investigação. Com isso, assumo um compromisso ético não apenas com os sujeitos envolvidos, mas também para com os leitores deste estudo, garantindo que, desde a coleta de dados até os resultados apresentados, utilizei robustos arcabouços metodológicos, buscando a validade do mesmo.

Ademais, não me propus a fazer uma pesquisa que fosse suficiente para esgotar a temática. Muito menos que isso, a proposta aqui é apenas trazer elementos e perspectivas acerca da educação médica, para somar à produção da literatura na área. No entanto, propus desenvolver uma literatura engajada e comprometida com mudanças nos processos educacionais que visem à formação de sujeitos implicados com a transformação social.

Fica aqui o convite para a leitura de um estudo envolvido com a educação médica e que buscou analisar, identificar e até propor, através do compromisso ético com a pesquisa, possibilidades de se formar médicos e médicas implicados com a transformação social.

## 2. INTRODUÇÃO

Em 2001, com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) (BRASIL, 2001), direcionou-se a educação médica para a formação de recursos humanos qualificados para o trabalho na assistência dos níveis de atenção primário e secundário, estabelecendo estes como cenários de práticas prioritários para a graduação. As políticas passaram a orientar a organização dos cursos médicos integrados “com o sistema de saúde e com as necessidades de saúde da população, descentralizando o ensino da medicina dos hospitais à rede de saúde” (DEMARZO, 2012, p. 146).

Ademais, com o reforço do estabelecimento das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) (BRASIL, 2014a) e com o início do Programa Mais Médicos para o Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou ainda mais importância enquanto cenário de prática e aprendizagem. Objetivando proporcionar aos estudantes contato de maneira integral e contínua, com apresentações clínicas complexas e singulares e em seus diversos ciclos de vida, a “centralidade do ensino da Atenção Primária à Saúde como componente longitudinal, que permeia todo o currículo e, sobretudo, fazendo parte do núcleo do ensino da semiologia e da prática clínica do futuro médico” (BRASIL, 2014b, p.3) visa potencializar o desenvolvimento de competências no campo da técnica clínica.

Durante a formação médica, consultar pessoas é um ato que possibilita ao estudante dar significado ao conhecimento, fundamental para que a ancoragem de conteúdos se dê de forma efetiva e duradoura (aprendizagem significativa) (GOMES *et al*, 2008). Desse modo, o contato longitudinal e intenso com pessoas e comunidades, proporcionado nos cenários da APS, promove o desenvolvimento das referidas competências.

Por outro lado, seguindo os pressupostos de Paulo Freire (1987), não podemos nos contentar apenas com a formação tecnicista. Desse modo, tanto as DCN de 2001 quanto as mais recentes, de 2014, versam não apenas sobre uma formação técnico-científica, mas que também contribua para o desenvolvimento de profissionais “com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania”, empenhados com “a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde” (BRASIL, 2014a, p.12), e que atuem “como agentes de transformação social” (BRASIL, 2001, p. 2). Por esse ângulo, consoante com o pensamento *freiriano*, a formação técnico-científica não é antagônica à formação humanista dos homens e das mulheres, desde que a ciência e a tecnologia estejam a serviço da humanização e da libertação permanente (FREIRE, 1987).

Desse modo, surgem os seguintes questionamentos a respeito da maneira como o processo de formação desses valores e atitudes é conduzido: essa modalidade de formação, comprometida com questões sociais, seria estimulada durante a graduação médica? O que pode ser realizado durante a graduação para se alcançar uma formação médica nesse sentido? Além disso, manifestam-se questionamentos acerca das

particularidades encontradas na integração docente-assistencial e de que modo uma formação, de acordo com os fundamentos expostos, pode advir nos cenários da APS.

Com base nessas indagações, objetiva-se com este estudo compreender de que modo a educação médica, tendo como cenário de prática e aprendizagem a rede de serviços da Atenção Primária à Saúde, pode contribuir para a formação de médicos e médicas enquanto sujeitos transformadores sociais, comprometidos com a cidadania e com o direito à saúde.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1. DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL E NO MUNDO

Ao contrário do entendimento habitual, Foucault (2009) afirma que a medicina moderna não foi uma medicina do indivíduo, do privativo. A medicina moderna foi, antes de tudo, uma medicina social. De acordo com o autor, a partir do desenvolvimento do capitalismo nos fins do século XVIII e início do século XIX, o corpo foi socializado enquanto força de produção. Porém, esse processo de socialização só ocorreu em uma etapa posterior do desenvolvimento capitalista (revolução industrial) com a medicina social inglesa. Antes disso, e de modo cronológico, manifestaram-se a medicina de Estado, na Alemanha, e a medicina urbana, na França. Para compreensão do desenvolvimento histórico da educação médica, é interessante discorrer sobre essa primeira etapa da medicina moderna.

Enquanto na França e na Inglaterra as questões sanitárias eram focadas no aumento da população, desenvolvendo-se o uso de tabelas de natalidade e mortalidade, para estabelecer a quantidade de população ativa, estimular a produção de cada indivíduo e, desse modo, garantir a política mercantilista, a prática médica alemã foi de efetivar a real melhoria dos níveis de saúde da população. Isso, pois, à época, a Alemanha ainda não se tratava de um Estado-nação constituído. Objetivava, desse modo, desenvolver-se como tal através do crescimento de um corpo estatal para garantir força nos conflitos econômicos e políticos com os vizinhos (FOUCAULT, 2009). Dessa maneira, o Estado em desenvolvimento procurou elaborar políticas efetivas de melhoria dos níveis de saúde da população.

Uma das políticas da medicina de Estado alemã foi a normalização da prática, do saber e do ensino médico. O Estado passou a controlar a formação médica, que antes ocorria de modo privativo na relação entre um aprendiz ingênuo e um praticante experimentado. Designou ao cargo de instituições sob o seu controle, as Universidades e a corporação médica, a decisão acerca dos conteúdos e das práticas na formação de médicos. Além disso, outorgou a essas instituições o poder de decidir quem estaria capacitado para o exercício da medicina, através da concessão de diplomas (FOUCAULT, 2009). Desse modo, o médico e a medicina, na Alemanha, foram os primeiros objetos de normalização, antes mesmo da noção do conceito de normal atribuído ao “doente”.

Ainda relacionado à medicina moderna, outro fato pode ser considerado importante para educação médica: o nascimento do hospital enquanto espaço de intervenção para cura. Anteriormente, na Idade Média, o hospital, controlado pela caridade, era o local de assistência aos pobres. Com tal característica, objetivava excluir do convívio social os doentes pestilentos que punham em risco toda a sociedade. Assim, o hospital era, antes de tudo, um local de exclusão para onde iam as pessoas prestes a morrer. Desse modo exercia um ofício de salvação de duas formas: assistência espiritual aos moribundos e salvação eterna do pessoal da caridade (FOUCAULT, 2009).

Essa realidade foi transformada à época da medicina moderna, quando essa se tornou hospitalar. Tal transformação possivelmente se deu pela circunstância de que era para os hospitais marítimos em que os contrabandistas doentes iam se tratar. Muitos deles, ao serem descobertos em pleno exercício de sua prática criminosa, simulavam estar doentes (FOUCAULT, 2009). Assim, o espaço hospitalar passou a ser disciplinado para realização do controle dos contrabandistas enfermos. Entende-se disciplina, de acordo com o conceito *foucaultiano*, como análise do espaço. Trata-se da “inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório” (FOUCAULT, 2009, p. 106).

Além disso, com o surgimento do fuzil, a formação militar se tornou mais custosa. Se anteriormente o que importava para as conquistas bélicas era o envio de tropas com grande quantidade de combatentes, uma vez que o confronto ocorria no corpo-a-corpo, agora os soldados passavam por qualificações técnicas. Assim, seja com a finalidade de cura dos combatentes dispendiosamente treinados, seja com a finalidade de descobrir soldados não dispostos a irem a guerra, e que para isso simulavam adoecimento (FOUCAULT, 2009), a medicina se militarizou e se tornou hospitalar.

Então, com esse processo de hospitalização da medicina moderna, através da experiência da disciplina militar, ocorreu uma mudança na formação médica. O hospital passou a ser o local onde se encontra, se forma e se transmite o saber médico disciplinado (FOUCAULT, 2009). O ensino no meio hospitalar ganha “valor de solução universal para os problemas da formação médica” (FOUCAULT, 2011, p. 68).

É nesse cenário, já constituído como escola, onde os doentes se encontram em série para serem examinados (FOUCAULT, 2011) e onde ocorre um registro vivo de seus sintomas e apresentações clínicas (FOUCAULT, 2009). Os tratados clássicos de medicina saem de cena e deixam em seu local a experiência hospitalar na formação normativa de um médico. Passa-se a “ler pouco, ver muito e fazer muito” para aprender a “arte de curar” (FOUCAULT, 2011, p.76). Seria exorbitante, porém não tão descomedido, supor que essa circunstância de minguar o ato de ler repercuta no cotidiano dos atuais estudantes de medicina. Um inquérito desenvolvido pelo Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos em 2000 observou um paupérrimo hábito de leitura dos futuros médicos, quando comparados com estudantes do ensino superior de outras áreas. Com isso, ocorre uma restrição do universo de experiências de aprendizagem, limitando a formação de valores à moral estritamente médica (REGO, 2003).

Desse modo, após essa divagação acerca de valores, levando em consideração o período em que a educação médica se foca na prática hospitalar, surge um dilema moral. Qual o limite em se utilizar de uma pobre pessoa hospitalizada para a formação de médicos? Como se pode observar, esse dilema foi suspenso a partir do momento em que o hospital se tornou economicamente viável com a transformação do adoecimento em exibição para o ensino. Em outras palavras, passou-se a considerar o indivíduo pobre que buscava auxílio para suas enfermidades como uma “classe moralmente desarmada,

socialmente tão perigosas” mas que “poderá servir para maior utilidade das famílias honradas” ao trocarem seus processos de cura por espetáculo para formação de estudantes de medicina (FOUCAULT, 2011, p. 93).

Transitando-se da Idade Moderna para a contemporaneidade, chega-se ao relatório mitificado por transformar a educação médica atual e que ganhou o nome metonímico de seu criador, Abraham Flexner. Esse americano, filho de imigrantes alemães, foi responsável pela avaliação de 155 escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá em um período de 180 dias. A carga cultural trazida por sua descendência alemã pode ter contribuído para suas análises, pois, à época de seu estudo, as escolas médicas dos EUA não passavam pelo controle Estatal (PAGLIOSA; DA ROS, 2008) assim como à época anterior à Medicina de Estado Alemã.

Seu estudo objetivava tornar a formação médica eficiente, ou seja, com alta produtividade, seguindo o modelo taylorista de produção, além de inculcar o fordismo na prática médica (SOUZA, 2011). Nesses moldes, o processo de cura passaria a ser caracterizado por uma linha de montagem onde cada operário (médico) deveria saber exclusivamente sua função nesse regime, perdendo-se a noção da completude do trabalho em saúde. Em suma, propôs a especialização do trabalho e a fragmentação do saber (MERHY; ACIOLE, 2003).

Com um método investigativo não tão rigoroso, dado que avaliou escolas médicas através de uma excursão, que por diversas vezes não durou mais que algumas horas (HIATT, 1999 *apud* PAGLIOSA; ROS, 2008), Flexner desenvolveu algumas conclusões que vieram a influenciar visceralmente a educação médica atual.

Primeiramente, concluiu que a formação médica deveria ser focada na doença. Para isso, os cenários de aprendizagem precisavam ser o laboratório e o hospital. (SOUZA, 2011). A bacteriologia já estava sedimentada e, desse modo, a aprendizagem através das lentes dos microscópios era estimulada. Ademais, a industrialização e a mercantilização da saúde já davam passos largos. Desse modo, era preciso formar médicos que estivessem profundamente envolvidos com uma clínica laboratorial e voltada para o consumo de procedimentos e exames. Lembra-se que a pesquisa de Abraham Flexner foi financiada pela Fundação Carnegie e, em seguida, adotado pela Fundação Rockefeller. Essas duas corporações são envolvidas intimamente com a financeirização da saúde e da educação.

Outro corolário no relatório Flexner é que os estudantes deveriam passar por um forte critério de seleção para iniciarem os estudos médicos. No Brasil, isso repercutiu através do processo de vestibular que seleciona, em geral, “filhos da classe média, os quais estudaram, em sua maioria, em colégios particulares, moram com seus pais e nunca trabalharam” (REGO, 2003, p. 123). Com isso, os estudantes de medicina possuem uma realidade socioeconômica, hábitos culturais e formação de valores dessemelhantes à grande parte da população brasileira (REGO, 2003).

Por fim, Flexner concluiu que a medicina deveria ser concebida como uma ciência diferenciada e superior. Desse modo, arraigava um conteúdo racista em que questionou a capacidade dos negros se formarem médicos competentes (FLEXNER, 1972). Além disso, após a publicação do relatório, a racionalidade médica tradicional se tornou hegemônica nos processos de formação. Como consequência, por exemplo, 16 das 20 escolas médicas homeopáticas da época foram encerradas.

É evidente que as certezas trazidas no relatório foram abaladas com o passar do tempo. O professor Ruy Guilherme analisa que quatro elementos estão relacionados com o processo de desconstrução das propostas de Flexner (SOUZA, 2011).

Primeiramente, tendo em vista o grande e expansivo volume de conhecimento biomédico, não há mais como acreditar na terminalidade da formação médica com o despejo de conteúdos em seis anos, como o exemplo brasileiro. É necessário que, durante a graduação, o estudante seja estimulado a desenvolver a habilidade de buscar permanentemente a aprendizagem. Não diferente disso, esse “aprender a aprender” se encontra tanto nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2000, quanto na atual: “os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender” (BRASIL, 2001. p. 2).

Outro elemento analisado se trata da perda da ilusão de que o saber e as práticas biomédicas seriam suficientes para lidar com a totalidade dos problemas de saúde. Levando-se em conta que os determinantes sociais do processo saúde-doença são relacionados com pobreza e desigualdade social, e que esses fatores são dinâmicos e de natureza multidimensional, a formação médica restrita a questões técnico-científicas, do ponto de vista da biomedicina, não dá conta da complexidade do cuidado em saúde (COTTA *et al*, 2007).

Além desses fatores, um terceiro item identifica a necessidade de formação vinculada aos sistemas de saúde e aos principais modelos assistenciais do local onde o médico exercerá a profissão. Levando em conta a organização de boa parte dos sistemas de saúde universais, inclusive no Brasil, esse local se trata da Atenção Primária. Nesse nível de atenção, o médico convive com a incerteza, pois lida com apresentações clínicas complexas e singulares e em seus diversos aspectos de ciclos de vida. Desse modo, o foco hospitalar na educação médica é considerado o maior equívoco proposto por Flexner (GUSSO; CHALEGRE, 2011), uma vez que, nesse ambiente, a complexidade e as incertezas são menores por lidar com situações clínicas bastante específicas.

Apesar de já apontar para uma proposta de modelo de saúde moderno, Dawson, contemporâneo de Flexner, lançou um Informe em 1920 que orientou a criação do sistema de saúde inglês, com proposições de centros primários de cuidado de saúde e abordagem multiprofissional. Porém, manteve o hospital terciário como hospital-escola inserido nesse sistema (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1964).

Em última análise, a derrocada do relatório Flexner se dá pela “perda do poder do professor em seu território tradicional: a sala de aula” (SOUZA, 2011, p. 70). Em tempos atuais, a prática pedagógica tradicional, centrada no professor, não dá conta das possibilidades de aprendizagens a partir das informações que estão disponíveis em espaços fora da academia.

Desse modo, com o objetivo de repensar a educação médica e superar a crise surgida no decorrer do tempo como consequência à incorporação das propostas *flexnerianas* aos currículos das escolas, aconteceram as Conferências de Edimburgo. Organizadas pela Federação Mundial de Educação Médica, ocorreram nos anos de 1988 e 1993. Apesar das tensões presentes entre as propostas dos países centrais do capitalismo e dos países de capitalismo periférico, traduzidos na oposição entre formação cientificista e formação voltada para o trabalho, respectivamente, (FEUERWERKER, 2006), a declaração produzida nas conferências trouxe importantes apontamentos para mudanças na educação médica.

Dialogando com a declaração de Alma-Ata, na perspectiva de “saúde para todos”, a conferência de 1988 orientou a necessidade de formação voltada para os sistemas de saúde em transformação. Desse modo, propôs a ampliação dos cenários de aprendizagem para serviços comunitários, em consonância com as prioridades sanitárias dos países. Além disso, pautou-se o desenvolvimento de competências não apenas clínicas, mas também a formação de valores sociais para o exercício da medicina (MARTINS, 2008).

No Brasil, as reflexões inovadoras acerca da educação médica ocorreram com o movimento da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, CINAEM. O caráter inovador se dá pois a CINAEM, diferente de outras avaliações do ensino médico já realizadas no país, surge com a proposta de avaliar os cursos médicos em suas singularidades, utilizando-se de metodologias diferentes de avaliação e com a finalidade real de contribuir com a transformação das escolas avaliadas (HADDAD *et al*, 2011) (MERHY; ACIOLE, 2003).

A CINAEM teve como cerne a transformação das escolas médicas em formadoras de médicos e médicas comprometidos com as necessidades sociais. Trabalhou em quatro fases, durante 10 anos que, de maneira sumarizada, identificou três problemas relacionados com o não alcance de tal objetivo. São eles: 1. método pedagógico tradicional, centrado no professor, sem utilização de metodologias ativas de aprendizagem; 2. utilização de um sistema de avaliação docente e discente não transformador da prática pedagógica e da aprendizagem; 3. organização curricular não coadunada com as demandas sociais (HADDAD *et al*, 2011).

Contemporâneas à CINAEM e, desse modo, influenciadas por este movimento, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) foram lançadas no ano de 2001. Assim como na versão atualizada de 2014, as diretrizes apontam, como desafio, para uma formação crítica e reflexiva de médicos e médicas com

competências para atuação nos diversos níveis de atenção à saúde, protagonistas na defesa da cidadania e do direito à saúde, assim como comprometidos com a transformação social. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014a).

### **3.2. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORGANIZADORA DO SISTEMA DE SAÚDE E FORMADORA DE RECURSOS HUMANOS**

Por se tratar de um conceito polissêmico no campo da Saúde Coletiva, há diversas concepções para a Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, utiliza-se nesta dissertação as bases conceituais definidas a partir das políticas de saúde construídas no Brasil. A APS é compreendida como uma forma de organização dos serviços de saúde sob a perspectiva comunitária, exercendo o papel de porta de entrada ao SUS e com função de cuidar de maneira integral e longitudinal da saúde e necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidades. É responsável pela realização de serviços preventivos, curativos e de reabilitação, além da organização integral dos cuidados oriundos dos diversos níveis de atenção para o sujeito (BRASIL, 2012) (SAMPAIO, 2011)

Possui como marco político a 1ª Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, ocorrida em 1978, na cidade Alma-Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (ex-URSS) e organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização das Nações Unidas (ONU). A conferência é reconhecida como grande promotora da discussão sobre a possibilidade de serem criados Sistemas de Saúde descentralizados, hierarquizados, de acesso universal e tendo como eixo principal a Atenção Primária à Saúde. Àquela época, o mundo encontrava-se em plena Guerra Fria, dividido bipolarmente. Influenciadas pela experiência da política de saúde cubana, dessa conferência surgiram as diretrizes norteadoras para Sistemas Nacionais de Saúde, como a hierarquização e a descentralização, essa última apresentando localmente (em se tratando de Brasil) uma relação peculiar devido à conjuntura histórica do país (TAKEDA, 2004) (DUNCAN *et al.*, 2004).

Quando promulgada a lei orgânica do SUS em 88, o país atravessava o final do Estado totalitário e centralizador do poder através dos governos militares. Nesse contexto, a ideia de descentralização surge na contramão das políticas públicas, por promover a distribuição do poder administrativo, financiamento e de execução da saúde pública para esferas mais distantes do governo central. É nesse processo em que a APS passa a ser gerida pelos governos municipais, ficando a eles a responsabilidade por dirigir os recursos, administrar e executar as ações básicas de saúde (BRASIL, 2012). Além disso, é nos serviços da APS que a descentralização pode se mostrar em maior intensidade, pois a gestão se inicia em secretarias municipais de saúde, passam pelos distritos sanitários, chegando às equipes de saúde das USF, recebendo influência das instâncias de participação popular, desde os conselhos municipais e distritais de saúde, até os arranjos

micropolíticos das reuniões comunitárias - onde se integram equipes de saúde da família e comunidade (PESSOTO, 2001) (ROLIM, 2013).

Na perspectiva de uma APS estruturante do sistema de saúde, a comunidade é o território de prática das ações. Território aqui entendido, segundo Milton Santos, como um espaço vivo, dinâmico, “resultado da ação dos homens sobre o próprio espaço, intermediados pelos objetos naturais e artificiais” (SANTOS, 1988, p.25). É na comunidade onde os usuários vivem e onde se relacionam, assim sendo um importante espaço tanto para se desenvolver atenção à saúde da população, quanto para formação de profissionais de saúde.

Em 1994, através de experiências em cidades do Ceará, surge o Programa Saúde da Família que se apresenta como modelo de organização da Atenção Primária à Saúde. Desde então, o modelo deixa de ser um programa, uma ação programática, e passa a ser encarado como um direcionamento político para as ações dentro da ABS. Dessa forma, passa a ser utilizado o termo Estratégia Saúde da Família (DUNCAN *et al*, 2004).

Baseia-se no trabalho de equipes multiprofissionais (profissionais da medicina, enfermagem, agente comunitário de saúde, técnicos de enfermagem – a equipe de saúde bucal, quando presente, é composta por odontólogo e auxiliares ou técnicos de saúde bucal) para o desenvolvimento do cuidado integral do indivíduo, da família e da comunidade, uma vez que a prática integral em saúde ocorre através da articulação das competências exercidas pelas diversas categorias. Além disso, direcionam-se as ações do cuidado para práticas de promoção da saúde, superando assim o modelo assistencial biologista e tecnicista hegemônico. Isso não quer dizer que há desconsideração das práticas clínicas. Pelo reverso, a clínica permanece com fundamental importância, somando-se a ações preventivas, curativas e de reabilitação.

Dentro desse modelo organizativo da APS, há a adscrição populacional, isto é, usuários/famílias se encontram cadastrados no serviço, de acordo com dados demográficos e sociais, proporcionando dessa forma a criação de vínculos entre os profissionais de saúde junto à comunidade, para dessa forma serem desenvolvidas as atividades do cuidado em saúde. (TAKEDA, 2004) (DUNCAN *et al*, 2004).

Por fim, a ESF se desenvolve através de um reconhecimento da cultura local como saber importante nos processos de saúde das pessoas. Dessa forma, proporciona a autonomia do indivíduo para o próprio cuidado da saúde, tanto de maneira explícita, isto é, através de atividades notavelmente de saúde, como, por exemplo, dos grupos terapêuticos, ou mesmo de maneira implícita como o desenvolvimento de atividades que gerem mobilização política da comunidade, com envolvimento no controle social (BRASIL, 2012).

Diversas evidências apontam para resultados positivos a partir da expansão da Estratégia Saúde da Família como modelo técnico-assistencial organizador da Atenção Primária à Saúde. À tal expansão se relaciona a colocação do Brasil em segundo lugar no *ranking* de países capazes de atingir a meta da redução de mortalidade infantil em dois

terços (ROCHA, 2010). Além disso, entre 1999 e 2006, houve uma diminuição de 20% das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (MACINKO, 2011). Ademais, em um inquérito desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada em que foi avaliada a satisfação do usuário, constatou-se que os cuidados desenvolvidos pelos serviços da Estratégia de Saúde da Família foram os mais bem avaliados quando comparado aos demais serviços prestados pelo SUS, incluindo planos e seguros privados de saúde (IPEA, 2011).

Além disso, há diversas evidências que apontam para as potencialidades da APS no ensino médico. Entre outros temas, observa-se que nesse cenário de prática-aprendizagem é possível o desenvolvimento significativo de competências para a abordagem de problemas de saúde mental. Por exemplo, o desenvolvimento de atitude empática na relação entre o estudante de medicina e a pessoa com sofrimento mental tende a ocorrer quando a formação médica em psiquiatria também se desenvolve na APS (WALTERS, 2007). Assim, tendo em vista que as pessoas portadoras de transtornos mentais fazem parte dos grupos mais excluídos socialmente, encontrando diversas barreiras para o exercício da cidadania (DIXON, 2008), a formação que desenvolve empatia está a favor de uma prática de fortalecimento dos direitos sociais.

### **3.3. POR UMA EDUCAÇÃO MÉDICA COMPROMETIDA COM A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL**

Em primeiro lugar, é necessário compreender que a formação de sujeitos transformadores da realidade não está dissociada da formação de excelência técnica. Porém, o que se percebe é a valorização amíúde do tecnicismo alienante em detrimento da formação comprometida com o social. Isso, pois, uma vez que a política nunca esteve distante da educação (FREIRE, 1979) e que, estando a política para o exercício de opressão numa sociedade de opressores, a educação tecnicista se torna alienante. Com outras palavras, ao enaltecer a técnica, enaltece-se o técnico, o especialista, tornando-o distante da realidade, isolando-o em um gueto messiânico “dono da verdade, proprietário do saber” (FREIRE, 1979, p.21).

Além de produzir essa divisão na sociedade, a educação que promove “escravidão às técnicas” (FREIRE, 1979, p. 20), também é alienante, pois coloca o desenvolvimento científico e tecnológico no patamar da neutralidade. Ao colocar a ciência e a tecnologia no patamar da neutralidade, aliena-se, pois ambas, longe de serem neutras, estão subordinadas à natureza das relações de produção capitalista (SCHRAIBER, 1989).

Para a formação de sujeitos transformadores da realidade convergir com a formação técnica, deve-se atribuir à tecnologia finalidade diferente a que lhe é atribuída na sociedade opressora. Dessa maneira, a tecnologia “deve estar a serviço da libertação permanente” (FREIRE, 1987, p. 157); Tendo em vista esse caráter distinto da tecnologia,

quanto mais a formação contribuir com o desenvolvimento e a capacitação técnica, mais responsável e comprometido com a sociedade se torna o sujeito em formação. Entende-se capacitação técnica, de acordo com Freire, como algo maior que treinamento e/ou adestramento, pois se trata da “busca de conhecimento e da apropriação de procedimentos” (FREIRE, 1977, p. 88).

Assim, quanto mais apropriado do seu processo de trabalho, entendendo relações sociais encontradas no mesmo, mais o sujeito em formação se distancia do ser alienado e se aproxima do “ser mais”. De acordo com Paulo Freire, “ser mais” se trata do sujeito que luta pela igualdade de direitos, em defesa da superação de injustiças (FREIRE, 2003). Estes são os sujeitos comprometidos com a transformação da sociedade.

A partir de então, faz-se necessário entender o papel do ato pedagógico para produção do compromisso, de educandos e educandas, com a transformação social. De acordo com o pensamento *freiriano*, o compromisso ocorre alicerçado por uma decisão consciente e ativa a partir do conhecimento da realidade. Nesse sentido, a sociologia do conhecimento pode contribuir com algumas questões. De acordo com Berger e Luckman, a consciência dos sujeitos é sempre intencional (BERGER; LUCKMANN, 1985). Então, para ocorrer o comprometimento reconhecido por Paulo Freire, é necessário que o sujeito esteja conscientemente, ou seja, intencionalmente implicado com a realidade. Porém, a realidade não se trata de um dado determinado. Para os autores da sociologia do conhecimento, há diversas realidades que são percorridas pela consciência, sendo a realidade da vida cotidiana a realidade por excelência (BERGER; LUCKMANN, 1985). Essa se refere ao mundo em que o sujeito acessa corporalmente, onde atua e onde trabalha.

Este mundo é construído a partir da interação com o "Outro". É um mundo partilhado. Tal interação ocorre através da linguagem e é compreendida por meio de tipificações. Quanto menor grau de anonimato do Outro (grau este que está relacionado com o nível de interesse e intimidade) (BERGER; LUCKMANN, 1985), de modo mais consciente o sujeito em formação vivencia a realidade partilhada. Em outras palavras, as tipificações do Outro se tornam progressivamente anônimas quanto mais distante o Outro se encontra da vida cotidiana (BERGER; LUCKMANN, 1985). Por conseguinte, é no “aqui e agora” da interação face a face com o Outro que se constrói uma relação de maior intimidade e interesse, aproximando-o da vida cotidiana. Na situação face a face o Outro é mais real que si mesmo para o sujeito, pois, enquanto o conhecimento de si próprio exige um reflexão o Outro é apresentado frontalmente (BERGER; LUCKMANN, 1985).

Vale ressaltar que, como já mencionado anteriormente, o perfil sociocultural de estudantes de medicina é bastante peculiar. Possuem realidades de classe (economia, hábitos culturais e valores) distantes da realidade de classe de grande parte do povo brasileiro (REGO, 2003). Christian Dunker, que faz uma análise da sociedade brasileira a partir do que denominou *sociedade em condomínio* ou *sociedade entre muros*, analisa que “as diferenças de classe e de raça, no Brasil, foram ‘resolvidas’ por um meio de sutil código

de circulação e de convivência” (DUNKER, 2015, p. 50). Os simbólicos muros e portões da sociedade brasileira representam uma defesa militar, que impede a trânsito do *outsider* e o convívio dele com a classe média. Desse modo, a realidade do Outro é de fato “do Outro” para a maioria dos estudantes de medicina.

Então, diante de um espaço de educação de adultos, mais especificamente na educação médica, a interação com o Outro, entendendo esse Outro como uma pessoa que procura atendimento, uma família, ou mesmo uma comunidade por inteira, coloca a realidade desse outro acessível corporalmente, ou seja, no mundo de trabalho, na zona da vida cotidiana do sujeito em formação. Assim, sendo a realidade do Outro partilhada com a vida cotidiana do sujeito em formação, este último vivencia conscientemente tal realidade, podendo, dessa forma, se comprometer com a transformação dela.

Porém, a realidade do Outro pode não se apresentar como um problema, mesmo estando em menor grau de anonimato na vida cotidiana do sujeito em formação (BERGER; LUCKMANN, 1985). Para que isso ocorra, é preciso que o sujeito vivencie tal realidade com “consciência crítica”. Outros modos de vivenciá-la seriam com “consciência ingênua”, quando o sujeito se julga superior aos fatos, compreendendo-os conforme melhor lhe agrada, ou com “consciência mágica”, quando o sujeito não se julga superior aos fatos, mas simplesmente os capta como algo inexorável (FREIRE, 1978). Desses dois modos, a vivência da realidade se torna fatalista, levando “ao cruzamento dos braços, à impossibilidade de fazer algo diante do poder dos fatos, sob os quais fica vencido o homem” (FREIRE, 1978, p. 105).

Então, para formação de sujeitos comprometidos com a mudança social, busca-se a vivência da realidade com “consciência crítica”. Nesse sentido, a ação pedagógica deve por “à disposição meios com os quais fosse capaz de superar a captação mágica ou ingênua de sua realidade, por uma dominante crítica” (FREIRE, 1978, p. 106). Para Paulo Freire, a possibilidade disso ocorrer parece estar num “a) método ativo, dialogal, crítico e criticizador; b) na modificação do conteúdo programático da educação; c) no uso de técnicas como a da Redução e da Codificação” (FREIRE, 1978, p. 107), que se tratam de um sistema de relações em que um tema conduz necessariamente a outro (FREIRE, 1977) e a “mediação entre o ‘contexto concreto ou real, em que se dão os fatos, e o ‘contexto teórico’, em que são analisados, incidindo na sua reflexão crítica” (FREIRE, 1987, p.109).

Além disso, é fundamental reconhecer o papel da produção de afetos a partir do encontro do estudante de medicina com as realidades vivenciadas durante a graduação. Byung-Chul Han, autor do livro “Sociedade do Cansaço” (HAN, 2015), observa que, na sociedade contemporânea, as pessoas vivem sob o empuxo da aceleração geral, influenciadas por uma massificação de positividade. Trata-se de uma época de superabundância, o que leva a sociedade e os indivíduos a uma ação atemporal de hiperatividade, sendo transformados numa *máquina de desempenho autista*. Em outras palavras, analisa que a humanidade passou a agir por impulso e sem produzir reflexão. Com

isso, o autor aponta que os indivíduos passam a desenvolver sentimentos repressivos ou inibitórios, como o desespero, a impotência e a angústia, que são afetos produtores de uma incapacidade de oferecer resistência a estímulos e instintos limitativos. Tais sentimentos são típicos da sociedade do cansaço, ou sociedade do desempenho, e levam à “incapacidade de ver e à mudez” (HAN, 2015, p. 71).

Diante desses sentimentos inibitórios, envoltos pela hiperatividade regulada pelo excesso de positividade, é “impossível haver *reflexão*, pois a potência positiva só admite o *continuar pensando*” (HAN, 2015, p. 58). Diversos estudos sobre a qualidade de vida do estudante de medicina apontam para uma vida de sobrecarga, com excesso de atividades, pois os graduandos vivem em busca do melhor desempenho escolar, produzindo angústia e ansiedade (CARDOSO *et al*, 2015) (VASCONCELOS *et al*, 2015), sofrem pressão dos pais e familiares, preocupam-se com o futuro e se sentem exaustos pelas avaliações e pela vasta carga horária do curso (TABALIPA, 2015). Desse modo, passam a ser movidos por um esforço exagerado na tentativa de maximizarem o desempenho e, portanto, deixam de contemplar e refletir sobre a vida.

Assim, o filósofo germano-coreano conjectura a necessidade de se desenvolver uma *pedagogia do ver*. Nela, o educador tem a função de promover a aprendizagem de três tarefas formuladas por Nietzsche, para o alcance da vida contemplativa: o ler, o pensar e o se comunicar (falar e escrever). Desse modo, pela pedagogia do ver, aprende-se a “não reagir imediatamente a estímulo, mas tomar controle dos instintos inibitórios, limitativos” (HAN, 2015, p. 51). Com isso, escapa-se da hiperatividade, do empuxo de positividade e se busca a potência de negatividade, o que permitiria olhar para o Outro e isso, destarte, seria capaz de produzir mudanças decisivas.

Ademais, é preciso reconhecer que, enquanto os estudantes forem afetados da mesma forma, atuarão no mundo da mesma maneira. Desse modo, a educação médica necessita produzir afetos de formas diferentes para impulsionar futuros médicos e médicas para mudança. As transformações políticas não são questões de novas idéias mas sim de novos afetos. Não são novas idéias que produzem grandes transformações; são novos afetos que produzem grandes idéias (SAFATLE, 2015).

É nesse sentido que Paulo Freire foi definido como um referencial teórico para esta pesquisa. Essa definição é uma escolha política e tal manifestação implica dois fatos. O primeiro se trata de evidenciar que, apesar da possibilidade de sofrer críticas da ortodoxia científica, há escolhas neste estudo. Com isso, mais uma vez é assumido o distanciamento da neutralidade científica. Isto pois, rejeita-se algo que Lincoln e Guba chamam de “realismo ingênuo”, que seria uma realidade social completamente desvinculada do pesquisador e independente do processo de pesquisa (MAYS; POPE, 2009).

O segundo fato, após a demarcação clara do posicionamento dos pesquisadores como implicados com a pesquisa, trata-se de declarar que há política na pesquisa. Isso pois, compreende-se que, assim como compreende o escolhido autor como referencial teórico,

que não há separação entre o ato pedagógico e o ato político, apesar dos mesmos se tratarem de atos diferentes.

#### **4. PERGUNTA CONDUTORA**

Quais as evidências de que a vivência de estudantes do curso de medicina nos cenários de prática-aprendizagem da Atenção Primária à Saúde pode contribuir para a formação de médicas e médicos comprometidos com a transformação social?

#### **5. OBJETIVOS DA PESQUISA**

##### **5.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender como a inserção de estudantes do curso de medicina nos cenários de prática-aprendizagem da Atenção Primária à Saúde pode contribuir para a formação de médicas e médicos comprometidos com a transformação social.

##### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar os fatores envolvidos na relação entre estudantes-preceptores, estudantes-pessoas que procuram atendimento e estudantes-comunidades que podem contribuir com uma formação médica crítica e reflexiva;
2. Analisar como esses fatores contribuem para formação de médicas e médicos comprometidos com a transformação social;
3. Observar como pode se desenvolver, entre os sujeitos do estudo, a formação comprometida com questões referentes à cidadania, a partir da experiência em atividades nos cenários da APS.

## **6. CAMINHO METODOLÓGICO**

### **6.1 SUJEITOS DA PESQUISA**

Estudantes do Internato em Atenção Primária à Saúde do curso médico de uma Universidade Pública do nordeste brasileiro.

### **6.2 TIPO DE PESQUISA**

Realizou-se um estudo, de natureza qualitativa, com estudantes do Internato na Atenção Primária à Saúde de uma Universidade pública do Nordeste brasileiro. Parte-se do pressuposto de que o papel da pesquisa qualitativa é tentar representar a realidade subjacente que pode ser estudada, mais que buscar uma dita “verdade” absoluta (MAYS; POPE, 2009). Para representar essa realidade, foram trianguladas duas estratégias de pesquisa: pesquisa documental e etnografia. Esta última também foi triangulada por três técnicas específicas de coleta de dados: observação-participante, entrevistas em profundidade e pesquisa documental (aqui enquanto técnica de coleta).

A coleta foi realizada também com os ditos “casos desviantes” com o intuito de validar pelo campo os achados e conclusões, a partir da análise de situações que “contradigam, ou pareçam contradizer, a explicação emergente dos fenômenos sob estudo” (MAYS; POPE, 2009, p. 104).

### **6.3 ESTRATÉGIAS DE PESQUISA**

#### **a. Pesquisa documental**

Realizou-se pesquisa documental de jornais reflexivos escritos semanalmente por estudantes do Internato na APS. Atualmente, o internato é o estágio responsável pela inserção dos graduandos nos serviços de assistência à saúde durante os dois últimos anos do curso.

No Brasil, o internato nasceu na década de 40 do século passado, influenciado pelo modelo das escolas americanas, como contraponto ao modelo europeu que priorizava essencialmente a formação a partir de conhecimentos teóricos. Tornou-se oficial em 1969, quando foi regulamentado como estágio obrigatório para o curso médico. Em 2001, a duração foi regulamentada pelas DCN: “A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto” (BRASIL, 2001, p.4).

Por outro lado, há outras conceituações para o internato, que não o caracteriza como momento pontual na formação médica. O internato atomizado ao final do curso, enquanto um “remédio contra a falta de experiência prática do aluno durante seus estudos” (DEMARZO, 2010, p.431), conserva a formação fragmentada devido à manutenção da divisão em ciclos básico, clínico e internato. Por isso, Marcondes e Mascaretti conceituam o internato como “metodologia de ensino baseada no aprendizado

em serviço, obrigatório nos dois últimos semestres de graduação, podendo ocorrer em outros momentos” (DEMARZO, 2010, p.431).

O jornal reflexivo, também denominado portfólio reflexivo na literatura da educação médica, é utilizado como uma ferramenta pedagógica, voltada para a prática avaliativa, mediada por constante realização de devolutivas entre estudantes e professores. Objetiva, entre outros fatores, desenvolver competências sociais, emocionais, afetivas, além de tecnológicas e instrumentais (COTTA, 2016).

A modalidade de jornal reflexivo utilizada durante o internato na APS da escola estudada, portanto também nesta pesquisa, ocorre em ambiente virtual, onde o estudante descreve as práticas ocorridas durante a semana e desenvolve uma reflexão crítica sobre suas atitudes e sentimentos nas situações vivenciadas. Além disso, o interno identifica os conhecimentos e as habilidades desenvolvidos, ou mesmo define uma agenda para alcançá-los, através de objetivos de aprendizagens. Além disso, os estudantes durante o Internato na APS tem a responsabilidade no acompanhamento de cinco famílias, realizando diagnóstico sócio-sanitário das mesmas, estabelecendo planos de intervenção e realizando monitoramento e acompanhamento das ações. Ademais, os estudantes recebem semanalmente *feedbacks* dos professores responsáveis pela supervisão dessa tarefa.

Objetivando-se um melhor direcionamento dos jornais, há um modelo proposto como orientação, mas sem rigidez para ser seguido, que é desenvolvido por três componentes: 1. atividades realizadas na semana (descritiva); 2. reflexão e crítica (envolvendo a escolha e descrição de uma vivência semanal significativa, junto ao relato sobre atitudes e sentimentos diante da experiência, competências prévias que facilitaram ou dificultaram para lidar com a situação, objetivos de aprendizagem e, por fim, evidências e teorias que validam ou contestam as reflexões); 3. gestão do cuidado das cinco famílias acompanhadas.

Para essa etapa da pesquisa, foram acompanhados e analisados os jornais reflexivos elaborados por estudantes de duas turmas do Internato na APS. Da primeira, foram utilizados os jornais reflexivos de doze estudantes que estagiaram durante os meses de janeiro e fevereiro de 2016. Da segunda turma, foram acompanhados os jornais reflexivos de onze estudantes que vivenciaram os serviços da APS durante os meses fevereiro, março e abril. Por motivos de feriados, o estágio da primeira turma durou apenas sete semanas, diferente do padrão de tempo de estágio que são oito semanas, como ocorreu com a segunda turma. Ao total, foram produzidos e analisados 142 jornais reflexivos. Houve estudantes que não desenvolveram jornais em todas as semanas, desse modo, deixaram de ser produzidos um trinta jornais. O esperado seria a produção de 172 jornais reflexivos.

Como se tratou de uma análise sequencial, ou seja, em paralelo com a coleta de dados, foi permitido ao pesquisador voltar e refinar as buscas, além de possibilitar a revisão por casos desviantes ou negativos. Ademais, foi possível, a partir dos resultados

intermediários, aprofundar a revisão da literatura sobre o estado da arte acerca dos achados encontrados.

#### b. Método etnográfico

Entende-se etnografia como “a arte e a ciência de descrever um grupo humano – suas instituições, seus comportamentos interpessoais, suas produções materiais e suas crenças” (ANGROSINO, 2009 p. 30). O que o diferencia de outros modos de fazer pesquisa em ciência social (uma vez que, nesta ciência, se busca tal descrição de grupos humanos) é que o método etnográfico é baseado em pesquisa de campo onde as pessoas vivem e ou trabalham; é personalizado, pois o pesquisado está em constante relação face a face com os sujeitos estudados; é multifatorial, por utilizar duas ou mais técnicas de coleta de dados; tem um compromisso de longo prazo, mesmo não havendo uma definição do quanto seria esse tempo, apenas que seja o suficiente para proporcionar a interação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa; é indutivo, pois busca, a partir do acúmulo descritivo dos dados, construir modelos explicativos e teorização; é dialógico, por ser pautado pela participação ativa dos informantes nas interpretações e conclusões; e, por fim, é holístico, por se tentar revelar um retrato completo do grupo estudado.

No presente estudo, o pesquisador acompanhou duas estudantes do Internato na APS que estagiaram por um período de oito semanas na Unidade de Saúde da Família em que exerce a dupla função de médico assistente e de preceptor. Para coleta de dados, respeitando um dos princípios dessa modalidade de estudo, utilizou-se da coleta multifatorial por meio de três técnicas: 1. pesquisa documental; 2. observação participante; 3. entrevista em profundidade. A pesquisa documental se deu de maneira semelhante à descrita anteriormente, porém, nesse momento, tratou-se dos jornais reflexivos produzidos pelas duas estudantes que participaram da etnografia.

A observação-participante é uma técnica onde o pesquisador “trabalha explicitamente *com, para e por* pessoas em vez de realizar pesquisa *sobre* elas” (MEYER, 2009, p. 135). Essa técnica de coleta ocorre através da observação detalhada de comportamentos, atitudes, falas e relações dos sujeitos envolvidos (MAYS; POPE, 2009).

Os dados foram coletados a partir do registro claro, detalhado e sistemático dos fatos observados. Utilizou-se, como ferramenta auxiliadora, um diário de campo onde foram registrados e descritos os momentos em que houve interação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, isto é, durante consultas ambulatoriais, visitas domiciliares, discussões de caso, reuniões de equipe, atividades em grupos de saúde, além dos momentos de avaliação. Além disso, utilizou-se de dados referentes aos sujeitos da pesquisa, porém fornecidos por depoimentos rotineiros realizados pela equipe de saúde da família (eSF) que acompanhou as estudantes durante o estágio. Essa participação contribuiu de modo significativo para o enriquecimento dos dados coletados na observação, potencializando a “percepção das atividades e dos inter-relacionamentos das pessoas no cenário de campo

através dos cinco sentidos do pesquisador” (ANGROSINO, 2009 p. 56) Nessa situação, a eSF funcionou como um amplificador dos sentidos do pesquisador.

Ainda durante o estudo, utilizou-se da entrevista como estratégia isolada, pois, mesmo advinda de momentos sucedidos durante a observação participante, ocorreu em tempos exclusivos em que o pesquisador e sujeitos da pesquisa se afastaram das atividades convencionais do internato para realizá-la. Foi utilizada a estratégia de entrevista em profundidade, em que as perguntas realizadas pelo pesquisador são baseadas no que a pessoa entrevistada afirma (BRITTEN, 2009, p. 23). Dessa maneira, os momentos de entrevistas ocorriam durante discussão de casos vistos em atendimentos ambulatoriais ou visitas domiciliares e se iniciaram com o questionamento sobre como os sujeitos participantes se sentiram diante dos fatos discutidos. A partir das respostas, as questões seguintes surgiram no sentido de melhor compreender as narrativas discursadas pelos estudantes. Essa estratégia de entrevista menos estruturada possibilita maior detalhamento sobre o assunto abordado.

Com as entrevistas, objetivou-se aprofundar a compreensão sobre o comportamento e experiência das estudantes, além de seus sentimentos e opiniões sobre as situações vivenciadas durante o estágio. Utilizou-se o registro de anotações realizadas no momento da entrevista e após a realização das mesmas. Optou-se por não gravar as entrevista para se diminuir o receio dos sujeitos participantes quanto à perda de sigilo, como também para minimizar a inibição dos mesmos.

#### **6.4 PLANO DE ANÁLISE**

Foi utilizado o método da análise de conteúdo para os documentos, o diário de campo e as anotações das entrevistas. Aplicou-se a estratégia de categorização temática, que permite identificar, durante e posteriormente à coleta, as categorias de análise em função das generalidades e peculiaridades encontradas nas respostas dos sujeitos participantes. A análise de conteúdo aconteceu em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2011). Como ferramenta no auxílio do desenvolvimento da análise, foi utilizado o programa *NVivo Starter* versão 11.

A pré-análise foi realizada através da leitura flutuante de todo o material coletado. O intuito da leitura flutuante é apreender e organizar, de forma não estruturada, aspectos importantes para as fases seguintes da análise. A proposta é permitir o surgimento de impressões e temas de análise para o material coletado, produzindo uma perspectiva desapegada de ideias pré-concebidas, transcendendo a mensagem explícita, para conseguir perceber mensagens implícitas, contradições e indícios não óbvios.

A leitura flutuante preparou as fases seguintes através da seleção de unidades de análise e o processo de categorização. A exploração do material envolveu o processo de levantamento de unidades para recorte dos dados coletados. Os comentários e trechos destacados na primeira leitura foram reunidos em um documento único, para construção das categorias de análise. Uma primeira lista de categorias foi levantada a partir da leitura flutuante, porém uma reavaliação das categorias permitiu a reunião dessas em unidades mais amplas, de caráter descritivo e analítico.

Após essa etapa, os dados foram novamente relidos, buscando-se esmiuçar os conteúdos encontrados a partir dessas novas categorias. Com isso, os pesquisadores puderam desenvolver uma lista de categorias associadas às narrativas presentes nos dados, com uma robustez ainda maior de análise e descrição.

Em seguida, deu-se início ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação, processo de inferência que ocorre na última etapa da análise de conteúdo. Neste ponto, foram importantes as leituras prévias dos pesquisadores além de suas vivências enquanto estudantes de medicina em épocas distintas, enquanto professores e preceptor de estudantes e residentes. A experiência prévia dos pesquisadores foi levada em consideração para a análise dos dados, uma vez que é entendido não ser possível o distanciamento entre pesquisadores e pesquisa.

Os resultados e a discussão são apresentados sob a perspectiva de três fontes: as narrativas, campo empírico, referenciadas pelo estado da arte, campo teórico, e as inferências dos pesquisadores, campo especulativo (PAILLÉ; MUCCHIELLI, 2012). Os nomes reais dos participantes foram substituídos por outros fictícios.

## **6.5 ASPECTOS ÉTICOS**

A pesquisa foi desenvolvida conforme as normas preconizadas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS número 466/12, que disciplina a pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, sob o número de CAAE: 50162415.1.0000.5192

Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), onde constam todas as informações sobre a pesquisa. Os sujeitos participaram voluntariamente do estudo, sem receber nenhum valor ou gratificação. O termo foi lido e assinado antes da coleta, disponibilizado em duas vias, uma para o sujeito e outra para os pesquisadores, comprovando assim, que os mesmos estavam cientes da participação na pesquisa e do fornecimento do material coletado, assim como, do anonimato durante o processo e possíveis publicações. Considerando os aspectos éticos, foi elaborada uma Carta de Anuência (APÊNDICE B) destinada ao representante do cenário pesquisado, a Faculdade de Ciências Médicas. Além disso, foi elaborado um Termo de Autorização do

Setor (APÊNDICE C), recebendo o respaldo da coordenação do curso médico da universidade de onde são estudantes participantes da pesquisa.

## **7. RESULTADOS**

**Artigo no modelo de submissão para a Revista Brasileira de Educação Médica se encontra no Apêndice E**

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A inserção de estudantes de medicina nos cenários de prática e aprendizagem dos serviços da Atenção Primária à Saúde, conforme observado nesta dissertação, pode contribuir com o desenvolvimento de uma educação médica comprometida com as necessidades da população. Isso ocorre, pois, nesse cenário, os estudantes passam a circular, em sua vida cotidiana, por diversas realidades diferentes das suas. Com isso, partilham o mundo com pessoas, famílias e comunidades que possuem condições sociais diversas, muitas vezes em condição de miséria.

Esse convívio com outras realidades, que ocorre durante o estágio na APS, é capaz de produzir sentimentos e motivações distintas. Em algumas situações, os estudantes podem se sensibilizar e com isso se engajarem e se comprometerem com o exercício da cidadania e engajar pela transformação social. Para isso ocorrer, uma possibilidade é que o estágio seja mediado numa perspectiva da educação problematizadora.

Reconhecendo-se a possibilidade de uma educação comprometida ocorrer nos serviços da APS, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que investiguem nos pormenores as maneiras como potencializar essa modalidade de formação. Para isso, é importante investigar o desenvolvimento de competências pedagógicas dos preceptores da APS. Além disso, faz-se necessário investigar de que modo os preceptores trabalham pedagogicamente com os temas do comprometimento com a cidadania e do comprometimento com a superação dos problemas sociais da população assistida durante as atividades de supervisão.

Nesse sentido, fazia parte do projeto de pesquisa desta dissertação, realizar uma terceira estratégia de coleta de dados que seria a realização de grupos focais com preceptores. Objetivava-se apresentar os resultados parciais para os mesmos analisarem e, desse momento, surgirem novas evidências que esclarecessem ainda mais o processo pedagógico potencialmente comprometido com a transformação social.

No entanto, por diversas razões, essa etapa não foi possível de ser cumprida. Porém permanece como possibilidade de futura pesquisa a ser realizada pelos pesquisadores envolvidos com esta dissertação.

Além dessa possibilidade de pesquisa futura, surgiu, com as evidências, a necessidade de serem estudadas algumas Unidades de Saúde da Família em particular.

Essas apresentaram consideráveis relatos, por parte dos estudantes, sobre a aprendizagem ocorrida durante o estágio em tais serviços. Alguns relatos se relacionaram especificamente aos processos pedagógicos desenvolvidos pelos preceptores locais. Desse modo, poderão ser desenvolvidos estudos de caso, ou mesmo etnografia nessas Unidades de Saúde da Família.

Ademais, é importante avaliar como os espaços de sala de aula na graduação médica, sejam antes ou durante a etapa do internato, podem contribuir com uma formação nessa perspectiva. É necessário, por exemplo, avaliar de que modo as atividades teóricas em Saúde Coletiva ou em Medicina de Família e Comunidade contribuem para a formação de médicos comprometidos com a transformação social.

## REFERÊNCIAS

- ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009, 138 p
- BARDIN, Laurence. [1977]. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BERGER, Peter L.; LUCKMAN Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1985.
- BRASIL. Ministério da educação, [DCN] resolução CNE/CES nº 2, de 20 de junho de 2014a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/ CES nº 4**, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF, 2001
- \_\_\_\_\_. Ministério da Educação, parecer homologado, despacho do Ministro, publicado no D.O.U. de 6/6/2014, Seção 1, Pág. 17., de 6 de junho de 2014b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Educação, resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- BRITTEN, Nicky. Entrevistas qualitativas. MAYS, Nicholas; POPE, Catherine (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 135-145
- CARDOSO, Francisco de Assis Brito Filho; MAGALHÃES, Juliano Fontenele; SILVA, Kássio Murillo Leite; PEREIRA, Izete Soares da Silva Dantas. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 1, p. 32-40, mar. 2015 .
- COTTA, Rosângela Minardi Mitre; COSTA, Glauce Dias da. Assessment instruments and self-evaluation of reflective portfolios: a theoretical-conceptual construction. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 20, n. 56, p. 171-183, Mar. 2016 .
- COTTA, Rosângela Minardi Mitre *et al.* Pobreza, Injustiça, e Desigualdade social: repensando a formação de Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 31 (3), 2007, p. 278-286.

CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva et al . Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, p. 143-148, Mar. 2012.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva *et al.* Internato Longitudinal. *In: Revista brasileira de educação médica*. vol.34, n.3, 2010, pp. 430-437.

DUNCAN, Bruce Bartholow; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. - 1ed. - São Paulo : Boitempo, 2015

DIXON, Robert P.; ROBERTS, Lesley M.; LAWRIE, Stephen; JONES Lisa A., HUMPHREYS, Martin S. Medical students' attitudes to psychiatric illness in primary care. **Med Educ**. 2008;42(11):1080–1087.

FEUERWERKER, Laura C. M. O movimento mundial de educação médica: as conferências de Edinburg. **Caderno ABEM**. Rio de Janeiro, v. 2, 2006, p. 30-38.

FLEXNER, Abraham.[1910] Medical education in the United States and Canada. New York City: The Carnegie Foundation, 1972.

FOUCAULT, Michel. [1979]. A microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009.

\_\_\_\_\_, Michel. **O nascimento da clínica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRANCO DE SÁ, Ronice. A identidade profissional do médico generalista: lições a serem aplicadas pela instituição formadora. **ABCS Health Sci**. 2015; 40(3): 241-246.

FRANCO DE SÁ, Ronice. Modélisation de la construction identitaire professionnelle des jeunes médecins généralistes diplômés de l'Université fédérale du Pernambouco, au Brésil. Tese (Doutorado) – Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 2004. p. 296.

FREIRE, Paulo. **Cartas a Cristina**: reflexões sobre minha vida e minha práxis. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. 8 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. 31 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1979.

\_\_\_\_\_. **Extensão ou comunicação?** 13 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GOMES, Andréia P. *et al.* A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. *In: Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, vol 32, 2008, p. 105-111.

GUSSO, Gustavo; CHALEGRE, Rodrigo. Necessidade de saúde e ensino. MARINS, João; REGO, Sérgio (org.). **Educação Médica**: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec ; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011, p. 55-66.

HADDAD, Ana Estela.; BRENELLI, Sigisfredo Luis; MICHEL, Jeanne Liliane; PATROCÍNIO, Maria; BUCCI, Maria Paula; CAMPOS, Francisco E. A educação médica no contexto da política nacional de educação na saúde. MARINS, João; REGO, Sérgio (org.). **Educação Médica**: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec ; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011, p. 19-41.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço** / Byung-Chul ; tradução de Enio Paulo Giachini. – Petrópolis, RJ : Vozes, 2015.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sistema de indicadores de percepção social: SIPS saúde [Internet]. Brasília; 2011. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf).

MACEDO, Ricardo Menezes. **Renúncia à arte: ensaio sobre a razão utilitária da medicina contemporânea** / Ricardo Menezes de Macedo. – São Paulo: Escrituras Editora, 2014

MACINKO, James. Estratégia de saúde da família: acesso, utilização e impacto na saúde dos brasileiros [Internet]. São Paulo: Abrasco; 2011. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2010/RedeAPS/James.pdf>.

MADEIRO, Alberto et al . Objeção de Consciência e Aborto Legal: Atitudes de Estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 1, p. 86-92, mar. 2016 .

MARTINS, Milton de Arruda. Editorial. **Rev. bras. educ. med.**, vol.32, n.1, 2008, pp. 5-6.

MAYERNYIK, Marcelo de Almeida; OLIVEIRA, Fabio Alves Gomes de. O Cuidado Empático: Contribuições para a Ética e Sua Interface com a Educação Moral na Formação em Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 1, p. 11-20, mar. 2016.

MAYS, Nicholas; POPE, Catherine (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MERHY, Emerson E.; ACIOLE, Giovanni Gurgel. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. **Pro-Posições**. 2003 jan/abr; 14(40): 53-68.

MEYER, Julienne. Pesquisa-ação. MAYS, Nicholas; POPE, Catherine (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 135-145

MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz; VASCONCELLOS, Rafael Luiz dos Santos Silva; HEATH, Nancy. Estresse na Formação Médica: como Lidar com Essa Realidade?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 558-564, dez. 2015 .

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines**. Publicacion cientifica n. 93. Washington, New Hampshire: Organizacion panamericana de as salud, 1964.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 4, p. 492-499, Dec. 2008

PAILLÉ, Pierre; MUCCHIELLI, Alex. **L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales**. 3rd édition. Paris: Éd. Armand Colin, 2012.

PESSOTO, Umberto Catarino; NASCIMENTO, Paulo Roberto do; HEIMANN, Luiza Sterman. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 89-97, Feb. 2001

REGO, Sérgio, **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2003

ROCHA, Romero; SOARES, Rodrigo R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. **Health Econ.** 2010;19 Suppl: 126-58.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 96, p. 139-147, Mar. 2013.

SAFATLE, Vladimir. **O circuito dos afetos**. São Paulo: COSACNAIFY, 2015.

SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; MENDONÇA, Claunara Schilling; LERMEN, Nulvio Junior. Atenção Primária à Saúde no Brasil GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012. 28-41.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado**. Ed HUCITEC, São Paulo, 1988

SCHRAIBER, Lilia B. **Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista**. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1989.

SOUZA, Ruy Guilherme Silveira. Estratégias de mobilização para as transformações curriculares. MARINS, João; REGO, Sérgio (org.). **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec ; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011, p. 67-82.

TABALIPA, Fábio de Oliveira et al . Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 3, p. 388-394, set. 2015 .

TAKEDA, Sílvia. A organização de serviços de atenção primária à saúde. DUNCAN, Bruce Bartholow; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 76-87

VASCONCELOS, Tatheane Couto de et al . Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 1, p. 135-142, mar. 2015 .

WALTERS, Kate; RAVEN, Peter; ROSENTHAL, Joe; RUSSELL, Jill; HUMPHREY, Charlotte; BUSZEWICZ, Marta. Teaching undergraduate psychiatry in primary care: the impact on student learning and attitudes. **Med Educ**. 2007;41(1):100–108.

## APÊNDICES

(Apêndice A)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa, “As potencialidades da atenção primária à saúde na formação de médicos comprometidos com a transformação social”, como voluntário.
2. Sua participação não é obrigatória.
3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com o curso médico.
5. A pesquisa terá utilidade por produzir conhecimentos capazes de qualificar a educação médica.
6. O objetivo deste estudo é compreender como a inserção de estudantes do curso de medicina nos cenários de prática-aprendizagem da Atenção Primária à Saúde pode contribuir para formação de sujeitos comprometidos com a transformação social, sob orientação da Profa. Ronice Maria Pereira Franco de Sá.
7. Sua contribuição à pesquisa pode consistir em duas maneiras, no caso dos estudantes participantes: em ser observado durante o estágio do internato no serviço da Atenção Primária ou ter os Jornais Reflexivos (sistema de avaliação já utilizado durante o Internato na Atenção Básica) submetidos à pesquisa documental. No caso dos preceptores, a contribuição ocorrerá pela participação em um grupo focal, que consiste de uma metodologia de pesquisa que funciona, resumidamente, através de discussão em grupo.
8. O encontro do grupo focal será gravado, porém, garantimos total privacidade e confidencialidade das informações, pois serão armazenadas em disco rígido sob responsabilidade do pesquisador. A observação dos estudantes não será gravada e as anotações realizadas serão também guardadas e utilizadas apenas nesta pesquisa. Os Jornais reflexivos também serão guardados e utilizados apenas para esta pesquisa. Também será garantida a confidencialidade dessas informações.
9. Após o término do estudo, com a publicação do mesmo em revista da área da educação médica, todo material oriundo do grupo focal será apagado do disco rígido através do processo de formatação. As cópias do material utilizado para pesquisa documental serão descartadas através de triturador elétrico de papel. O produto será reciclado. Já o material original permanecerá armazenado, pois se trata de documentos institucionais relacionados a avaliações dos estudantes.
10. Como riscos relacionados com sua participação, pode ocorrer constrangimento, por se tratar de um estudo que irá investigar algumas informações e opiniões pessoais acerca da educação médica. Lembre-se de que você pode recusar sua participação e interrompê-la a qualquer momento (vide os itens 3 e 4 deste termo).
11. Ao término da pesquisa, a mesma será divulgada nos meios acadêmicos e em revistas científicas da área. Essa pesquisa trará benefícios relacionados à melhoria na qualidade da formação médica.
12. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

13. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, pois serão utilizados pseudônimos.
14. Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do correio eletrônico e endereço de trabalho do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Rubens Cavalcanti Freire da Silva (81) 987875046  
rubenscavalcanti@gmail.com

Prefeitura da Cidade do Recife, Unidade de Saúde da Família Córrego do Jenipapo. Avenida da Recuperação,  
número 2691, Córrego do Jenipapo, Recife – PE. CEP: 52.291-000

---

Nome, telefone, email, endereço de trabalho e assinatura do pesquisador

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos através do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa.

**Recife,** \_\_\_\_\_.

---

Nome do sujeito da pesquisa

---

Assinatura do sujeito da pesquisa

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar** (duas testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Testemunha 1: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha 2: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## (Apêndice B)



FCM/UPE

**CARTA DE ANUÊNCIA**

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012 – CNS/CCONEP)

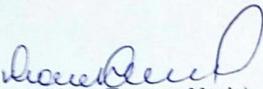
Aceito o pesquisador Rubens Cavalcanti Freire da Silva, professor auxiliar do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco e mestrando do Programa de Pós-Graduação Integrado de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, sob orientação da Profa. Dra. Ronice Maria Pereira Franco de Sa, para desenvolverem sua pesquisa intitulada **AS POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS COMPROMETIDOS COM A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL.**

A pesquisa busca compreender como a inserção de estudantes do curso de medicina nos cenários de prática-aprendizagem da Atenção Primária à Saúde pode contribuir para formação de médicos e médicas comprometidos com a transformação social. A coleta de dados será feita através da análise documental de Jornais Reflexivos escritos semanalmente por estudantes do Internato em Atenção Básica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Além disso, também será realizada observação participante de dois estudantes do Internato em Atenção Básica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, durante as atividades de preceptorial que o pesquisador exerce com os estudantes.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam asseguradas os requisitos abaixo:

- 1 - O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 CNS/CCONEP;
- 2 - A garantia de solicitar e receber esclarecimento antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3 - Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- 4 - No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Recife 15 de setembro de 2015



Profª Dione Tavares Maciel  
DIRETORA DA FCM

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco  
Rua Arnóbio Marques, 310 | Sto. Amaro, Recife-PE | CEP: 50100-130  
Fone: (81) 3183.3536 | Fax: (81) 3183.3520 | CNPJ: 11.022.597/0002-72  
[www.fcmupe.br](http://www.fcmupe.br)



## (Apêndice C)

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO SETOR**

Eu, Prof. Marco Aguiar, coordenador do curso médico da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada "As potencialidades da atenção primária à saúde na formação de médicos comprometidos com a transformação social", que será desenvolvida pelo pesquisador Prof. Rubens Cavalcanti Freire da Silva, orientado pela Profa. Dra. Ronice Maria Pereira Franco de Sá, com início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Marco Aguiar", is written over a horizontal line.

Recife, 30 de novembro de 2015

(Apêndice D)

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE**

- Perguntar sobre os sentimentos emergidos a partir da situação vivenciada;
- Perguntar sobre possibilidades de transformação;
- Perguntar sobre como avalia poder contribuir com essa transformação;
- Realizar perguntas a partir das respostas.

(Apêndice E)

**Artigo no modelo de submissão para a Revista Brasileira de Educação Médica**

TÍTULO: As potencialidades da Atenção Primária à Saúde na formação de médicos comprometidos com a transformação social

TÍTULO EM INGLÊS: The potential of Primary Health Care on the medical education of professionals committed to social changes

TÍTULO RESUMIDO: Potencialidades da Atenção Primária à Saúde na formação de médicos comprometidos com a transformação social

AUTORES: Rubens Cavalcanti Freire da Silva; Ronice Maria Pereira Franco de Sá

ENDEREÇO, TITULAÇÃO, LOCAL DE TRABALHO E E-MAIL:

**Rubens Cavalcanti Freire da Silva:**

- Avenida da Recuperação, nº 6.426, Córrego do Jenipapo, Recife, Pernambuco, CEP 52291-000;
- Médico de Família e Comunidade, Professor Auxiliar Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco; Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação Integrada de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco,;
- Unidade de Saúde da Família / Upinha 24h Professor Hélio Mendonça, Avenida da Recuperação, nº 6.426, Córrego do Jenipapo, Recife, Pernambuco, CEP 52291-000;
- rubens.cavalcanti@upe.br

**Ronice Maria Pereira Franco de Sá:**

- Av Prof Moraes Rego, s/n Hospital das Clínicas Bloco E 4o andar – NUSP – Cidade Universitária – Recife- PE
- Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPE, Médica sanitarista, PhD em Educação, MSc em Administração da Saúde
- ronicefranco@gmail.com

**RESUMO:**

A partir do reconhecimento da necessidade de se formar médicos comprometidos com as necessidades da população brasileira e com a transformação da realidade, elementos colocados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), é necessário repensar a educação médica, visando a formação de médicos generalistas capazes de acompanhar esse perfil proposto pelas DCN. Objetivou-se compreender e avaliar os indícios do modo em que a educação médica pode afluir numa perspectiva de formação de sujeitos comprometidos com a transformação social, a partir das vivências na rede de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Desenvolveu-se uma pesquisa de natureza qualitativa, empregando duas fontes de evidências diferentes: pesquisa documental de jornais reflexivos e método etnográfico de estudantes durante o estágio na APS do internato do curso médico. Constatou-se que os estudantes vivenciam diversos sentimentos que emergem ao entrarem em contato com os contextos abordados nesse cenário de prática-aprendizagem, além de desenvolverem diversas análises e perspectivas acerca dos problemas sociais encontrados. Com isso, constata-se que é possível na educação médica dentro dos espaços da APS culminar com uma formação comprometida com a transformação social. Faz-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas que investiguem a maneira de potencializar tal formação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação médica. Atenção primária à saúde. Mudança social. Responsabilidade social.

**ABSTRACT:**

Recognizing the need to training doctors committed to population needs and social transformation, elements proposed by the National Curricular Guidelines (NCG), and the importance given to the primary healthcare on the training of human resources for the Sistema Único de Saúde (SUS), it is necessary to rethink medical education for the training of general practitioners able to follow the profile proposed by NCG. Thus, this study aimed to understand and analyze evidence of how medical education can contribute in training subjects committed to social transformation, from the experiences in primary healthcare services network. A qualitative research was developed using two different sources of evidence: documentary research and ethnography of students during the same internship. It was found that students experience different feelings on contact with the experienced context of this practice-learning scenario. Such feelings show a possibility of awareness among students about the commitment as future health professionals and the recognition of social function of medicine. Moreover, it was observed the arise of some possibilities of students perception, ranging from a critical analysis of the context to an indifferent description of social problems found. Thus, it appears that it is possible to support the primary healthcare spaces to encourage the medical education committed to social transformation. Development of new researchers is necessary for investigate how to enhance such training.

**KEYWORDS:** Medical education. Primary health care. Social change. Social responsibility.

**CONFLITO DE INTERESSE:** Todos os autores concordam com a publicação do artigo e declaram que não há conflito de interesses de qualquer natureza.

## INTRODUÇÃO

Em 2001, com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN)<sup>1</sup>, direcionou-se a educação médica para a formação de recursos humanos qualificados para o trabalho na assistência dos níveis de atenção primário e secundário, estabelecendo estes como cenários de práticas prioritários para a graduação. As políticas passaram a orientar a organização dos cursos médicos integrados “com o sistema de saúde e com as necessidades de saúde da população, descentralizando o ensino da medicina dos hospitais à rede de saúde”<sup>2</sup> (p. 146).

Ademais, com o reforço do estabelecimento das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN)<sup>3</sup> e com o início do Programa Mais Médicos para o Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou ainda mais importância enquanto cenário de prática e aprendizagem. Objetivando proporcionar aos estudantes o contato de maneira integral e contínua, com apresentações clínicas complexas e singulares e em seus diversos ciclos de vida, a “centralidade do ensino da Atenção Primária à Saúde como componente longitudinal, que permeia todo o currículo e, sobretudo, fazendo parte do núcleo do ensino da semiologia e da prática clínica do futuro médico”<sup>4</sup> (p. 3) visa potencializar o desenvolvimento de competências no campo da técnica clínica. O contato longitudinal e intenso com pessoas e comunidades, proporcionado nos cenários da APS, promove o desenvolvimento das referidas competências clínicas.

Por outro lado, seguindo os pressupostos de Paulo Freire<sup>5</sup>, não podemos nos contentar apenas com a formação tecnicista. Desse modo, tanto as DCN de 2001 quanto as mais recentes, de 2014, versam não apenas sobre uma formação técnico-científica, mas que também contribua para o desenvolvimento de profissionais “com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania”, empenhados com “a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde.”<sup>3</sup> (p.12), e que atuem “como agentes de transformação social”<sup>1</sup> (p. 2). Por esse ângulo, consoante com o pensamento freiriano, a formação técnico-científica não é antagônica à formação humanista dos homens e das mulheres, desde que a ciência e a tecnologia estejam a serviço da humanização e da libertação permanente<sup>5</sup>.

Desse modo, surgem os seguintes questionamentos a respeito da maneira como o processo de formação desses valores e atitudes é conduzido: essa modalidade de formação, comprometida com questões sociais, seria estimulada durante a graduação médica? O que pode ser realizado durante a graduação para uma formação médica nesse sentido? Além disso, manifestam-se questionamentos acerca das particularidades encontradas na integração docente-assistencial e de que modo uma formação, de acordo com os fundamentos expostos, pode advir nos cenários da APS.

## **OBJETIVO**

Compreender e analisar, com base na teorização da sociologia do conhecimento e na obra de Paulo Freire, como a inserção de estudantes do curso de medicina nos cenários de prática-aprendizagem da Atenção Primária à Saúde pode contribuir para a formação de médicos e médicas comprometido(a)s com a transformação social.

## **MÉTODOLOGIA**

### Desenho do estudo

Realizou-se um estudo, de natureza qualitativa, com os estudantes do Internato na Atenção Primária à Saúde de uma Universidade pública do Nordeste brasileiro. Parte-se do pressuposto de que o papel da pesquisa qualitativa é tentar representar a realidade subjacente que pode ser estudada, mais do que buscar uma dita “verdade” absoluta<sup>6</sup>. Para representar essa realidade, foram trianguladas duas estratégias de coleta de evidências: pesquisa documental e método etnográfico. Esta última também foi triangulada por três técnicas específicas de coleta de dados: observação-participante, entrevistas em profundidade e pesquisa documental.

A coleta foi realizada também com os ditos “casos desviantes” com o intuito de validar pelo campo os achados e conclusões, a partir da análise de situações que “contradigam, ou pareçam contradizer, a explicação emergente dos fenômenos sob estudo”<sup>6</sup> (p. 104).

O desenho do estudo foi aprovado por comitê de ética e pesquisas quanto aos seus aspectos éticos (CAAE 50162415.1.0000.5192). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelos sujeitos envolvidos na pesquisa.

### Estratégias de pesquisa

#### a. Pesquisa documental:

Realizou-se pesquisa documental de jornais reflexivos escritos semanalmente por estudantes do Internato na APS. Atualmente, o internato é o estágio responsável pela inserção dos graduandos nos serviços de assistência à saúde durante os dois últimos anos do curso, sendo oito semanas nos serviços da APS.

O jornal reflexivo, também denominado portfólio reflexivo na literatura da educação médica, é utilizado como uma ferramenta pedagógica, voltada para a prática avaliativa, mediada por constante realização de devolutivas entre estudantes e professores. Objetiva, entre outros fatores, desenvolver competências sociais, emocionais, afetivas, além de tecnológicas e instrumentais, estimulando o desenvolvimento da autonomia, da crítica, da reflexão e do exercício de cidadania<sup>7</sup>.

A modalidade de jornal reflexivo utilizada durante o internato na APS da escola estudada, portanto também nesta pesquisa, ocorre em ambiente virtual, onde o estudante descreve as práticas ocorridas durante a semana e desenvolve uma reflexão crítica sobre

suas atitudes e sentimentos nas situações vivenciadas. Além disso, o interno identifica os conhecimentos e as habilidades desenvolvidos, ou mesmo define uma agenda para alcançá-los, através de objetivos de aprendizagens. Ademais, os estudantes durante o Internato na APS tem a responsabilidade no acompanhamento de cinco famílias, realizando diagnóstico sócio-sanitário das mesmas, estabelecendo planos de intervenção e realizando monitoramento e acompanhamento das ações. Os estudantes recebem semanalmente *feedbacks* dos professores responsáveis pela supervisão dessa tarefa.

Para essa etapa da pesquisa, foram acompanhados e analisados os jornais reflexivos elaborados por estudantes de duas turmas do Internato na APS. Da primeira, foram utilizados os jornais reflexivos de doze estudantes que estagiaram durante os meses de janeiro e fevereiro de 2016. Da segunda turma, foram acompanhados os jornais reflexivos de onze estudantes que vivenciaram os serviços da APS durante os meses fevereiro, março e abril. Por motivos de feriados, o estágio da primeira turma durou apenas sete semanas, diferente do padrão de tempo de estágio que são oito semanas, como ocorreu com a segunda turma. Ao total, foram produzidos e analisados 142 jornais reflexivos. Houve estudantes que não desenvolveram jornais em todas as semanas, desse modo, deixaram de ser produzidos e, conseqüentemente, analisados um total de 30 jornais.

Como se tratou de uma análise sequencial, ou seja, em paralelo com a coleta de dados, foi permitido ao pesquisador voltar e refinar as buscas, além de possibilitar a revisão por casos desviantes ou negativos<sup>6</sup>.

#### b. Método etnográfico

Entende-se etnografia como “a arte e a ciência de descrever um grupo humano – suas instituições, seus comportamentos interpessoais, suas produções materiais e suas crenças”<sup>8</sup> (p. 30). O que o diferencia de outros modos de fazer pesquisa em ciência social (uma vez que, nesta ciência, se busca tal descrição de grupos humanos) é que o método etnográfico é baseada em pesquisa de campo onde as pessoas vivem e ou trabalham; é personalizado, pois o pesquisador está em constante relação face a face com os sujeitos estudados; é multifatorial, por utilizar duas ou mais técnicas de coleta de dados; tem um compromisso de longo prazo, mesmo não havendo uma definição do quanto seria esse tempo, apenas que seja o suficiente para proporcionar a interação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa; é indutivo, pois busca, a partir do acúmulo descritivo dos dados, construir modelos explicativos e teorização; é dialógico, por ser pautado pela participação ativa dos informantes nas interpretações e conclusões; e, por fim, é holístico, por se tentar revelar um retrato completo do grupo estudado.

No presente estudo, o pesquisador acompanhou duas estudantes do Internato na APS que estagiaram por um período de oito semanas na Unidade de Saúde da Família em que exerce a dupla função de médico assistente e de preceptor. Para coleta de dados,

respeitando um dos princípios dessa modalidade de estudo, utilizou-se da coleta multifatorial através de três técnicas: 1. pesquisa documental; 2. observação participante; 3. entrevista em profundidade. A pesquisa documental se deu de maneira semelhante à descrita anteriormente, porém, nesse momento, tratou-se dos jornais reflexivos produzidos pelas duas estudantes que participaram da etnografia.

A observação-participante é uma técnica onde o pesquisador “trabalha explicitamente *com, para e por* pessoas em vez de realizar pesquisa *sobre elas*”<sup>9</sup> (p. 135). Essa técnica de coleta ocorre através da observação detalhada de comportamentos, atitudes, falas e relações dos sujeitos envolvidos<sup>6</sup>.

Os dados foram coletados a partir do registro claro, detalhado e sistemático dos fatos observados. Utilizou-se, como ferramenta auxiliadora, um diário de campo onde foram registrados e descritos os momentos em que houve interação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, isto é, durante consultas ambulatoriais, visitas domiciliares, discussões de caso, reuniões de equipe, atividades em grupos de saúde, além dos momentos de avaliação. Além disso, utilizou-se de dados referentes aos sujeitos da pesquisa, porém fornecidos por depoimentos rotineiros realizados pela equipe de saúde da família (eSF) que acompanhou as estudantes durante o estágio. Essa participação contribui de modo significativo para o enriquecimento dos dados coletados na observação, potencializando a “percepção das atividades e dos inter-relacionamentos das pessoas no cenário de campo através dos cinco sentidos do pesquisador”<sup>8</sup> (p. 56). Nessa situação, a eSF funcionou como um amplificador dos sentidos do pesquisador.

Ainda durante o estudo, utilizou-se da entrevista como estratégia isolada, pois, mesmo advinda de momentos sucedidos durante a observação participante, ocorrera em tempos exclusivos em que o pesquisador e sujeitos da pesquisa se afastaram das atividades convencionais do internato (atendimentos, visitas domiciliares etc) para realizá-la. Foi utilizada a estratégia de entrevista em profundidade, em que as perguntas realizadas pelo pesquisador são baseadas no que a pessoa entrevistada afirma<sup>10</sup> (p. 23). Dessa maneira, os momentos de entrevistas ocorriam durante discussão de casos vistos em atendimentos ambulatoriais ou visitas domiciliares e se iniciaram com o questionamento sobre como os sujeitos participantes se sentiram diante dos fatos discutidos. A partir das respostas, as questões seguintes surgiram no sentido de melhor compreender as narrativas discursadas pelos estudantes. Essa estratégia de entrevista menos estruturada possibilita maior detalhamento sobre o assunto abordado.

Com as entrevistas, objetivou-se aprofundar a compreensão sobre o comportamento e experiência das estudantes, além de seus sentimentos e opiniões sobre as situações vivenciadas durante o estágio. Utilizou-se o registro de anotações realizadas no momento da entrevista e após a realização das mesmas. Optou-se por não gravar as entrevistas para se diminuir o receio dos sujeitos participantes quanto à perda de sigilo, como também para minimizar a inibição dos mesmos.

### Análise dos dados

Foi utilizado o método da análise de conteúdo para os documentos, o diário de campo e as anotações das entrevistas. Aplicou-se a estratégia de categorização temática, que permite identificar, durante e posteriormente à coleta, as categorias de análise em função das generalidades e peculiaridades encontradas nas respostas dos sujeitos participantes. A análise de conteúdo aconteceu em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação<sup>11</sup>. Como ferramenta no auxílio do desenvolvimento da análise, foi utilizado o programa *NVivo Starter* versão 11.

Os resultados e a discussão são apresentados sob a perspectiva de três fontes: as narrativas (campo empírico), referenciadas pelo estado da arte (campo teórico) e as inferências dos pesquisadores (campo especulativo)<sup>12</sup>. Os nomes reais dos participantes foram substituídos por outros fictícios.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Constatou-se com a pesquisa que, durante o estágio nos serviços da Atenção Primária à Saúde, os estudantes vivenciam diversos sentimentos que emergem ao entrarem em contato com os contextos dos indivíduos, das famílias e das comunidades abordadas neste cenário de prática-aprendizagem. Esses sentimentos vão da culpa diante das desigualdades sociais à noção de “realidade”, passando pela angústia e impotência.

Esses sentimentos evidenciam uma possibilidade de sensibilização dos estudantes quanto ao compromisso que possuem enquanto futuros profissionais da saúde e ao reconhecimento da função social da medicina. Tais sentimentos, em parte, ocorrem, pois, no contexto da APS, os estudantes lidam com realidades distintas das suas, sendo aquelas realidades, muitas vezes, envolvidas por situações de miséria. A partir dessa vivência, surgem algumas possibilidades de percepção: ora os estudantes se sensibilizam e desenvolvem análises críticas e propositivas para a transformação deste contexto, já se observando possibilidades de mobilização, ora se tornam apáticos e descomprometidos ou mesmo passam a reproduzir discursos conservadores.

Nesse sentido, há o reconhecimento da importância do estágio na Atenção Primária à Saúde, não apenas no sentido da aquisição de competências médicas, mas também no próprio desenvolvimento enquanto seres adultos inseridos no mundo.

Os resultados foram sistematizados em três temas e seis categorias

(Quadro síntese).

<b><u>TEMAS</u></b>	<b><u>CATEGORIAS</u></b>
<b>Sentimentos e afetos</b>	Sentimentos inibitórios: culpa, desespero e impotência diante do contexto
	Sentimento de “realidade”
<b>Reflexões sobre o contexto</b>	Análises críticas sobre o contexto
	Descrição indiferente da realidade e análises conservadoras sobre o contexto
<b>Educação médica nos serviços de Atenção à Saúde</b>	Atenção Primária à Saúde enquanto significativo cenário de prática para formação médica
	Aprendizagem significativa durante estágios prévios em outros níveis de atenção à saúde

## **SENTIMENTOS E AFETOS**

### Sentimentos inibitórios: culpa, angústia, desespero e impotência diante do contexto

É evidente que os estudantes desenvolvem narrativas de emoções e afeto ao se depararem com algumas situações encontradas durante o estágio nos serviços da Atenção Primária à Saúde. Percebeu-se um grande conjunto de relatos de sentimentos categorizados como inibitórios, pois são sentimentos potencialmente capazes de levar os estudantes a um estado de desânimo.

*“Nessa semana encarei uma das situações mais difíceis da minha vida, daquelas que tiram o seu chão e te deixam mal por um bom tempo. A sensação que eu tive naquela casa foi desesperadora.” (Leandro)*

*“Senti-me impotente por não poder garantir, como cidadão brasileiro, que essas famílias vivam dignamente, em lugar saudável e íntegro, como eu e meus demais colegas.” (George)*

Byung-Chul Han, autor do livro “Sociedade do Cansaço”<sup>13</sup>, observa que, na sociedade contemporânea, as pessoas vivem sob o empuxo da aceleração geral, influenciadas por uma massificação de positividade. Trata-se de uma época de superabundância, o que leva a sociedade e os indivíduos a uma ação atemporal de hiperatividade, sendo transformados numa *máquina de desempenho autista*. Em outras palavras, analisa que a humanidade passou a agir por impulso e sem produzir reflexão. Com isso, o autor aponta que os indivíduos passam a desenvolver sentimentos repressivos ou inibitórios, como o desespero, a impotência e a angústia, que são afetos produtores de uma

incapacidade de oferecer resistência a estímulos e instintos limitativos. Tais sentimentos são típicos da sociedade do cansaço, ou sociedade do desempenho, e levam à “incapacidade de ver e à mudez”<sup>13</sup> (p. 71).

Diante desses sentimentos inibitórios, envoltos pela hiperatividade regulada pelo excesso de positividade, é “impossível haver *reflexão*, pois a potência positiva só admite o *continuar pensando*”<sup>13</sup> (p. 58). Diversos estudos sobre a qualidade de vida do estudante de medicina apontam para uma vida de sobrecarga, com excesso de atividades, pois os graduandos vivem em busca do melhor desempenho escolar, produzindo angústia e ansiedade<sup>14, 15</sup>, sofrem pressão dos pais e familiares, preocupam-se com o futuro<sup>16</sup> e se sentem exaustos pelas avaliações e pela vasta carga horária do curso<sup>17</sup>. Desse modo, passam a ser movidos por um esforço exagerado na tentativa de maximizarem o desempenho e, portanto, deixam de contemplar e refletir sobre a vida.

*“Tomou-me um sentimento de ‘culpa’ por não ter dedicado há muito tempo nenhum momento para refletir ou até mesmo tomar parte dessa questão social tão importante, que é a condição de moradia em que vive grande parte da população menos favorecida”. (Cristóvão)*

Assim, o filósofo germano-coreano conjectura a necessidade de se desenvolver uma *pedagogia do ver*. Nela, o educador tem a função de promover a aprendizagem de três tarefas formuladas por Nietzsche, para o alcance da vida contemplativa: o ler, o pensar e o se comunicar (falar e escrever). Desse modo, pela pedagogia do ver, aprende-se a “não reagir imediatamente a estímulo, mas tomar controle dos instintos inibitórios, limitativos”<sup>13</sup> (p. 51). Com isso, escapa-se da hiperatividade, do empuxo de positividade e se busca a potência de negatividade, o que permitiria olhar para o Outro e isso, destarte, seria capaz de produzir mudanças decisivas.

Nesse sentido, alguns achados da etnografia contribuem para essa análise. A estudante Mariana relatou sentimento de impotência ao realizar a visita domiciliar à residência onde vivia uma criança com suposto diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Durante a visita, observou que o problema da criança “*com a orelha toda suja, o umbigo todo sujo*” estava relacionado a desajustes familiares (separação dos pais, má relação entre avó e mãe) e problemas sociais; “*a casa é calorenta, escura, sem ventilação. Fiquei pingando de suor. São bem precárias as condições deles*”. Não apenas durante essa visita, como também em diversas outras situações, relatou se sentir de “*mãos-atadas*” frente à complexidade dos problemas que demandam cuidados nos serviços da APS. “*Sinto-me triste, sem saber o que fazer numa situação difícil como essa*”.

### Sentimento de “realidade”

No decorrer do estágio, apesar de persistir em diversos momentos com o sentimento de impotência diante dos problemas complexos, Mariana passou a desenvolver uma postura propositiva de intervenções nos contextos sociais, além de elaborar algumas contemplações críticas, como a abaixo, coletada na pesquisa documental de seu jornal, associando reflexão a um sentimento descrito como “de realidade”.

*“O sentimento que tenho é um sentimento de ‘realidade’. A realidade, dura, grita em nossos ouvidos, explode aos nossos olhos. E tantas vezes seguimos cegos e surdos perante a tudo.” (Mariana)*

Observa-se um movimento de se retirar do ritmo hiperativo da sociedade do desempenho, desse modo, retirando-se do estado de mudez e da incapacidade de ver a realidade do Outro.

Faz-se necessário entender o papel do ato pedagógico para produção do compromisso, de educandos e educandas, com a transformação social. De acordo com o pensamento *freiriano*, o compromisso ocorre alicerçado por uma decisão consciente e ativa a partir do conhecimento da realidade. Nesse sentido, a sociologia do conhecimento pode contribuir com algumas questões. De acordo com Berger e Luckmann, a consciência dos sujeitos é sempre intencional<sup>18</sup>. Então, para ocorrer o comprometimento reconhecido por Paulo Freire, é necessário que o sujeito esteja conscientemente, ou seja, intencionalmente implicado com a realidade. Porém, a realidade não se trata de um dado determinado. Para os autores da sociologia do conhecimento, há diversas realidades que são percorridas pela consciência, sendo a realidade da vida cotidiana a realidade por excelência<sup>18</sup>. Essa se refere ao mundo em que o sujeito acessa corporalmente, onde atua e onde trabalha.

É nos cenários de prática-aprendizagem dos serviços da APS em que a formação médica proporciona aos estudantes contato de maneira integral, longitudinal e contínua, com apresentações clínicas complexas e singulares e em seus diversos ciclos de vida. Desse modo, amplia-se a capacidade do médico em formação em interagir com outras realidades no mundo de sua vida cotidiana.

*“Foi um bom momento para interagir com a comunidade e sentir de perto suas carências.” (Cristóvão)*

Esse mundo é construído a partir da interação com o Outro. É um mundo partilhado. Tal interação ocorre através da linguagem e é compreendida por meio de tipificações.

Quanto menor o grau de anonimato do Outro (grau este que está relacionado com o nível de interesse e intimidade)<sup>18</sup>, de modo mais consciente o sujeito em formação vivencia a realidade partilhada. Em outras palavras, as tipificações do Outro se tornam progressivamente anônimas quanto mais distante o Outro se encontra da vida cotidiana<sup>18</sup>. Por conseguinte, é no “aqui e agora” da interação face a face com o Outro que se constrói uma relação de maior intimidade e interesse, aproximando-o da vida cotidiana. Na situação face a face o Outro é mais real que si mesmo para o sujeito, pois, enquanto o conhecimento de si próprio exige um reflexão o Outro é apresentado explicitamente<sup>18</sup>.

## **REFLEXÕES SOBRE O CONTEXTO**

Durante o estágio na APS, o estudante passa a desenvolver relações face a face com indivíduos, família e comunidades, entrando em contato com diversas realidades, passando a apresentar diversos sentimentos a partir desses encontros. Com isso, podem seguir diferentes caminhos e percepções sobre os problemas encontrados.

### Análises críticas sobre o contexto

Uma das possibilidades de reação dos estudantes diante do contexto vivenciado é observar os problemas que ocorrem nos serviços de saúde e desenvolver reflexões e análises críticas sobre as adversidades do Sistema Único de Saúde: *“Fica claro, portanto a fragilidade do sistema. Isso se deve à falta de recursos, gerenciamento e atitude dos funcionários.”* (Amanda)

*“A falta de recursos e a escassez de trabalhadores podem ser explicadas pela localização da unidade de saúde em áreas de grande vulnerabilidade, salários baixos ou atrasados, desorganização do estabelecimento.”* (Carina)

Além de fazer reflexões críticas sobre as adversidades encontrada nos arranjos do Sistema Único de Saúde, alguns estudantes refletiram sobre as possibilidades de transformação e melhoria das condições dos serviços de saúde.

*“Ficou evidente que problemas podem ser solucionados, que a luta permanente por um sistema mais justo e eficiente nunca cessará, até mesmo porque a evolução do tempo sempre trará novas discussões e problemáticas a serem questionadas, melhoradas e sanadas de acordo com as possibilidades do momento histórico em que estiverem evidenciadas.”* (Joaquim)

Além disso, houve estudantes que, ao transitarem pelos contextos de condições precarizadas de moradia, passaram a interagir em suas vidas cotidianas com as realidades vivenciadas pela população assistida pelos serviços de saúde. Fundamentado por essa partilha de mundo com o Outro, alguns desenvolveram narrativas que demonstram o comprometimento com a transformação da realidade.

*“Também me vi na obrigação de lutar para que todos os cidadãos tenham direito de morar em um lugar digno, íntegro, saudável, com adequadas condições de saneamento.” (João)*

Ademais, em algumas narrativas avaliadas durante a pesquisa documental, foi evidenciada a possibilidade do desenvolvimento de análises críticas sobre o modelo biomédico, cerne da formação médica, centrada no procedimento, na doença e no profissional, negligenciando uma questão significativa para o cuidado que é a determinação social no processo saúde-doença:

*(Discutindo-se sobre a abordagem terapêutica à escabiose) “Ela (preceptora) disse então que apenas este tratamento não iria trazer grande melhoria ao paciente, pois este não tinha moradia fixa, não poderia trocar de roupa sempre ou dormir numa cama limpinha. Como ela conhece o paciente, seu contexto familiar, psicossocial, cultural e econômico, ela tenta o ajudar em todos os quesitos a fim de melhorar as queixas propriamente ditas. Ficou claro, naquela consulta, que nós somos viciados em só olhar a doença e não olhar o paciente como um todo e seu contexto sociocultural e econômico como no descrito no conceito de clínica ampliada”. (Camila)*

Compreende-se que a formação de recursos humanos para saúde ainda hoje receba grande influência dos postulados elaborados por Abraham Flexner, em que propunha tornar a formação médica eficiente, com alta produtividade, seguindo o modelo *taylorista* de produção e o *fordismo* na prática médica<sup>19</sup>. Nesses moldes, o processo de cura passa a ser caracterizado por uma linha de montagem onde cada operário (médicos e demais trabalhadores de saúde) devem saber exclusivamente sua função nesse regime, perdendo-se a noção da completude do trabalho e do cuidado em saúde. Em suma, entende-se que a educação médica culmina em especialização do trabalho e fragmentação do saber<sup>20</sup>.

Dessa maneira, seguindo a perspectiva biomédica que é centralizada na doença, no procedimento e no médico, o raciocínio clínico inculcado durante a graduação impede uma reflexão para além do que está presente nos *guidelines* e protocolos. Assim, se, para todo caso de escabiose, o tratamento ocorre com o uso de comprimidos de ivermectina ou

soluções escabecidas, associados a medidas gerais de higiene, as situações desviantes, envolvidas pelas complexidades dos problemas sociais, acabam por fugir dos caminhos protocolares. Tal fato produz insegurança no profissional, compromete o cuidado e o reconhecimento das singularidades dos sujeitos<sup>21</sup>. A restrição do raciocínio clínico pelo uso exclusivo de protocolos nas abordagens diagnósticas e terapêuticas “levam os médicos a tratarem como verdade apenas o que é visível, evidente, numa profissão cuja regra é a incerteza”<sup>22</sup> (p.70).

Com isso, não se critica a utilização de protocolos e *guidelines* como recursos para cuidado. Esses são mais uma ferramenta para diagnóstico e abordagem terapêutica, porém não devem ser absolutos nesse processo<sup>21</sup>. Reconhece-se a importância deles para formação técnica.

Assim, é necessário compreender que a formação de sujeitos transformadores da realidade não está dissociada da formação de excelência técnica. Porém, o que se percebe é a valorização amíuade do tecnicismo alienante em detrimento da formação comprometida com o social<sup>23</sup>. Isso, pois, uma vez que a política nunca esteve distante da educação<sup>24</sup> e que, estando a política para o exercício de opressão numa sociedade de opressores, a educação tecnicista torna-se alienante. Com outras palavras, ao enaltecer a técnica, enaltece-se o técnico, o especialista, tornando-o distante da realidade, isolado em um gueto messiânico “dono da verdade, proprietário do saber”<sup>24</sup> (p. 21).

Além de produzir essa divisão na sociedade, a educação que promove “escravidão às técnicas”<sup>24</sup> (p. 20), também é alienante, pois coloca o desenvolvimento científico e tecnológico no patamar da neutralidade. Ao colocar a ciência e a tecnologia no patamar da neutralidade, aliena-se, pois ambas, longe de serem neutras, estão subordinadas à natureza das relações de produção capitalista<sup>25</sup>.

Para a formação de sujeitos transformadores da realidade convergir com a formação técnica, deve-se atribuir à tecnologia finalidade diferente a que lhe é atribuída na sociedade opressora. Dessa maneira, a tecnologia “deve estar a serviço da libertação permanente”<sup>25</sup> (p. 157); Tendo em vista esse caráter distinto da tecnologia, quanto mais a formação contribuir com o desenvolvimento e a capacitação técnica, mais responsável e comprometido com a sociedade se torna o sujeito em formação. Entende-se capacitação técnica, de acordo com Freire, como algo maior a treinamento e/ou adestramento, pois se trata da “busca de conhecimento e da apropriação de procedimentos”<sup>26</sup> (p. 88).

Assim, quanto mais apropriado do seu processo de trabalho, entendendo relações sociais encontradas no mesmo, mais o sujeito em formação se distancia do ser alienado e se aproxima do “ser mais”. De acordo com Paulo Freire, “ser mais” se trata do sujeito que luta pela igualdade de direitos, em defesa da superação de injustiças<sup>27</sup>. Esses são os sujeitos comprometidos com a transformação da sociedade.

### Descrição indiferente da realidade e análise conservadora sobre o contexto

Apesar da possibilidade de se produzir sensibilizações no sentido de se formar médicos e médicas "com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania"<sup>3</sup>, a inserção de estudantes nos serviços da APS também pode provocar outros tipos de reações. Diferentemente das análises anteriores, observaram-se algumas narrativas de indiferença diante de questões sociais. *"Ao chegarmos ao seu domicílio, seu Fernando estava sentado na calçada, onde havia um esgoto passando."* (Carina)

*"A casa dela é, de longe, a mais mal cuidada da rua. Era de reboco aparente, com um portão que eu precisei me abaixar para passar, sem número na frente. (...) A casa é bem pequena e parecia ser ainda menor por causa do tamanho da bagunça que tinha por lá. A sala tinha um sofá bem rasgado e uma televisão apoiada em um monte de caixa de papelão, além de sujeira por todos os lugares da sala: resto de comida, embalagem de remédio, sandália rasgada, pedaços de jornal. Entre a sala e os quartos havia um vão, onde ficava a cozinha improvisada com a caixa d'água, e a bagunça ali não era diferente."* (Luis)

*"As pessoas que passavam na rua subiam e desciam a ladeira a todo o momento, na beira da calçada, passava um esgoto escorrendo: água cinza de mau cheiro."* (Roberto)

Outra possibilidade de análise, não implicada com a transformação da realidade, foi observada nas narrativas dos estudantes, desta vez, não apenas indiferente ao contexto descrito, mas também reproduzindo um discurso analítico, porém sob uma perspectiva conservadora.

*"Encarei isso com certa revolta, pois, em meio a uma epidemia de zika, em meio a um cenário de pobreza, um cenário de baixa escolaridade, desemprego, instabilidade familiar e idade precoce, não é admissível uma gestação tão sem planejamento, tão desastrosa. Sinto que devo, junto aos meus colegas, prezar pelo planejamento familiar junto às famílias atendidas, desencorajando gestações desestruturadas como essa."* (Guilherme)

Para se compreender os valores éticos e morais dos estudantes de medicina, é primeiramente necessário compreender como o processo de hospitalização da medicina moderna transformou a educação médica, através da experiência da disciplina militar. O hospital passou a ser o local onde se encontra, se forma e se transmite o saber médico

disciplinado<sup>28</sup>. O ensino no meio hospitalar ganha “valor de solução universal para os problemas da formação médica”<sup>29</sup> (p. 68).

É nesse cenário, constituído como escola, onde os doentes se encontram em série para serem examinados<sup>29</sup> e onde ocorre um registro vivo de seus sintomas e apresentações clínicas<sup>28</sup>. Os tratados clássicos de medicina saem de cena e deixam em seu local a experiência hospitalar na formação normativa de um médico. Passa-se a “ler pouco, ver muito e fazer muito” para aprender a ‘arte de curar’<sup>29</sup> (p.76). Seria exorbitante, porém não tão descomedido, supor que essa circunstância de minguar o ato de ler repercute no cotidiano dos atuais estudantes de medicina. Um inquérito desenvolvido pelo Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos em 2000 observou um paupérrimo hábito de leitura dos futuros médicos, quando comparados com estudantes do ensino superior de outras áreas. Com isso, ocorre uma restrição do universo de experiências de aprendizagem, limitando a formação de valores à moral estritamente médica<sup>30</sup>.

Nesse sentido, alguns estudos apontam para o fato da moralidade no âmbito médico poder ser lida como conservadora. Por exemplo, em uma pesquisa com estudantes de medicina da Universidade Federal do Piauí, foi evidenciado que, com relação ao aborto legal, há uma maior aceitação em ser realizado quando envolve critérios médicos, ou seja, se estão enquadrado nos valores e normativas da Biomedicina, quando comparado ao aborto legal sem critérios médicos, como no caso de vítimas de estupro<sup>31</sup>.

Ressalta-se ainda que, o perfil sociocultural de estudantes de medicina é de “filhos da classe média, os quais estudaram, em sua maioria, em colégios particulares, moram com seus pais e nunca trabalharam”<sup>30</sup> (p. 123). Com isso, possuem uma realidade socioeconômica, hábitos culturais e formação de valores dessemelhantes à grande parte da população brasileira<sup>30</sup>. Christian Dunker faz uma análise da sociedade brasileira, a partir do que denominou *sociedade em condomínio* ou *sociedade entre muros*. Nessa análise, entende que “as diferenças de classe e de raça foram ‘resolvidas’ por um meio de sutil código de circulação e de convivência”<sup>32</sup> (p. 50). Os simbólicos muros e portões da sociedade brasileira representam uma defesa militar, que impede a trânsito do Outro e o convívio dele com a classe média.

Dessa maneira, por transitarem por meios restritos de formação de valores, sendo predominantemente imbricados com o padrão normativo e conservador da biomedicina, somado ao distanciamento social, com pequena circulação em suas vidas cotidianos pelos espaços de diferentes padrões socioculturais, muitos estudantes apresentam um distanciamento afetivo frente às pessoas que buscam cuidado nos serviços de saúde. Reconhece-se que o julgamento moral e as atitudes dos futuros médicos são moldados a partir de um sentido hierarquizado de relações humanas, alicerçados em elementos como a distância social dessas relações<sup>34</sup>.

Reconhece-se a importância da aproximação dos estudantes com os serviços de saúde do SUS, em especial na esfera da APS, na produção de contato mais próximo da

realidade das pessoas que são usuárias do sistema de saúde. “Tal dinâmica contribui para a ressignificação do processo de formação de modo ativo, com a participação ativa do aluno, e para o desenvolvimento de empatia em relação ao paciente e ao sistema, contribuindo para a formação de profissionais humanistas e sensíveis às reais necessidades dos cidadãos”<sup>33</sup> (p. 18).

Porém, nem sempre a aproximação com os serviços de saúde da APS e a partilha da vida cotidiana com o Outro gera a reflexão crítica sobre essa realidade compartilhada, mesmo esse outro estando em menor grau de anonimato, transitando pela vida cotidiana do sujeito em formação<sup>17</sup>. Para que essa reflexão ocorra, é preciso que o sujeito vivencie tal realidade com “consciência crítica”. Outros modos de vivenciá-la seriam com “consciência ingênua”, quando o sujeito se julga superior aos fatos, compreendendo-os conforme melhor lhe agrada, ou com “consciência mágica”, quando o sujeito não se julga superior aos fatos, mas simplesmente os capta como algo inexorável<sup>33</sup>. Desses dois modos, a vivência da realidade se torna fatalista, levando “ao cruzamento dos braços, à impossibilidade de fazer algo diante do poder dos fatos, sob os quais fica vencido o homem”<sup>34</sup> (p. 105).

Então, para formação de sujeitos comprometidos com a mudança social, busca-se a vivência da realidade com “consciência crítica”. Nesse sentido, a ação pedagógica deveria se por “à disposição de meios com os quais fosse capaz de superar a captação mágica ou ingênua de sua realidade, por uma dominante crítica”<sup>34</sup> (p. 106). Para Paulo Freire, a possibilidade disso ocorrer parece estar num “a) método ativo, dialogal, crítico e criticizador; b) na modificação do conteúdo programático da educação; c) no uso de técnicas como a da Redução e da Codificação”<sup>34</sup> (p. 107). Tais técnicas são um sistema de relações em que um tema conduz necessariamente a outro<sup>26</sup>. Além disso, faz-se necessário realizar a “mediação entre o ‘contexto concreto ou real, em que se dão os fatos, e o ‘contexto teórico’, em que são analisados, incidindo na sua reflexão crítica”<sup>5</sup> (p.109).

## **EDUCAÇÃO MÉDICA NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

A educação médica, utilizando-se dos preceitos da pedagogia problematizadora, e quando inserida nos campos de prática dos serviços de saúde do SUS, em especial, nos serviços da APS, pode apresentar uma grande potência na formação de médicos e médicas comprometidas com a transformação social.

### Atenção Primária à Saúde enquanto significativo cenário de prática para formação médica

Alguns estudantes fizeram observações que demonstram a importância da APS na educação médica.

(o estágio na APS vem) *“mudando a minha maneira de enxergar cada atendimento, cada contato, me mostrando que o meu sonho - que havia*

*julgado utópico - de poder realmente cuidar das pessoas pode ser realidade.” (Luisa)*

*“Estou tendo agora a oportunidade de aprender a medicina que não se vê nos livros.” (Ronaldo)*

*“é inegável que este foi um dos rodízios mais importantes para construção de nosso aprendizado e que serviu para demolir os preconceitos do mundo acadêmico em relação à medicina prioritariamente preventiva”. (Joaquim)*

Dialogando com a declaração da Alma-Ata, na perspectiva de “saúde para todos”, a Conferência de Edimburgo de 1988, organizada pela Federação Mundial de Educação Médica, orientou a necessidade de formação voltada para os sistemas de saúde em transformação. Desse modo, propôs a ampliação dos cenários de aprendizagem para serviços comunitários, em consonância com as prioridades sanitárias dos países. Além disso, pautou-se o desenvolvimento de competências não apenas clínicas, mas também a formação de valores sociais para o exercício da medicina<sup>35</sup>.

Na perspectiva de uma APS estruturante do sistema de saúde, a comunidade é o território de prática das ações de cuidado. Território aqui entendido, segundo Milton Santos, como um espaço vivo, dinâmico, “resultado da ação dos homens sobre o próprio espaço, intermediada pelos objetos naturais e artificiais”<sup>36</sup> (p.25). É na comunidade onde os usuários vivem e onde se relacionam, assim sendo um importante espaço tanto para se desenvolver atenção à saúde da população, quanto para formação de profissionais de saúde.

Nesse sentido, evidenciaram-se algumas narrativas que demonstram aprendizagem para além da clínica, a partir do estágio na APS: *“cada dia ali está sendo de aprendizado, não só de conhecimento médico, mas de experiência de vida.” (Lucas)*

*“É impressionante o quanto eu aprendi nesses dois meses, e não falo só em questão acadêmica. Cresci, principalmente, como pessoa. Aprendi, mais do que nunca, que a vida não se resume a doenças, como muitas vezes somos induzidos a pensar. Aprendi a lidar com pessoas, que tem dúvidas e conflitos internos. (...) Aprendi que uma dor de cabeça pode significar muito mais do que um simples dor de cabeça. Pude exercer e aprimorar minha prática como médico, como pensar, discutir e improvisar, pude ver que nem sempre vamos acertar o diagnóstico e que nem sempre estaremos certos, mas que sempre, e eu repito, sempre, temos que dar o que temos de melhor para o nosso paciente”. (Leandro)*

Apesar de apontar para uma proposta de modelo de saúde organizado a partir da Atenção Primária, Dawson, contemporâneo de Flexner, lançou um informe em 1920 que orientou a criação do sistema de saúde inglês, com proposições de centros primários de cuidado de saúde e abordagem multiprofissional, porém mantendo o hospital terciário como hospital-escola<sup>37</sup> nesse sistema.

No Brasil, as reflexões inovadoras acerca da educação médica ocorreram com o movimento da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, CINAEM. O caráter inovador se dá, pois a CINAEM, diferente de outras avaliações do ensino médico realizadas no país, surge com a proposta de avaliar os cursos médicos em suas singularidades, utilizando-se de metodologias diferentes de avaliação e com a finalidade real de contribuir com a transformação das escolas avaliadas<sup>38; 20</sup>.

A CINAEM teve como cerne a transformação das escolas médicas em formadoras de médicos e médicas comprometidos com as necessidades sociais. Trabalhou em quatro fases, durante 10 anos que, de maneira sumarizada, identificou três problemas relacionados com o não alcance de tal objetivo. São eles: 1. método pedagógico tradicional, centrado no professor, sem utilização de metodologias ativas de aprendizagem; 2. utilização de um sistema de avaliação docente e discente não transformador da prática pedagógica e da aprendizagem; 3. organização curricular não coadunada com as demandas sociais<sup>38</sup>.

Contemporâneas à CINAEM e, desse modo, influenciadas por este movimento, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) foram lançadas no ano de 2001. Assim como na versão atualizada de 2014, as diretrizes apontam, como desafio, para uma formação crítica e reflexiva de médicos e médicas com competências para atuação nos diversos níveis de atenção à saúde (priorizando-se as atenções primária e secundária), protagonistas na defesa da cidadania e do direito à saúde, assim como comprometidos com a transformação social<sup>1; 3</sup>.

É nesse sentido que a APS passou a ser apontada como importante *locus* para educação médica. As DCN de 2001 direcionaram a formação médica para esse nível de atenção por ser reconhecida a necessidade de se orientar e organizar os cursos médicos integrados “com o sistema de saúde e com as necessidades de saúde da população, descentralizando o ensino da medicina dos hospitais à rede de saúde”<sup>2</sup>.

Há diversas evidências que apontam para as potencialidades da APS no ensino médico. Entre outros temas, observa-se que nesse cenário de prática-aprendizagem é possível o desenvolvimento significativo não só de competências clínicas para a abordagem de problemas de saúde mental, como também de engajamento para a superação do estigma sofrido por pessoas com transtornos mentais. Evidencia-se que o desenvolvimento de atitude empática na relação entre o estudante de medicina e a pessoa com sofrimento mental tende a ocorrer quando a formação médica em psiquiatria também se desenvolve na APS<sup>39</sup>.

Assim, tendo em vista que as pessoas portadoras de transtornos mentais fazem parte dos grupos mais excluídos socialmente e, encontrando diversas barreiras para o exercício da cidadania<sup>40</sup>, a formação que desenvolve empatia está a favor de uma prática de fortalecimento dos direitos sociais. Desse modo, alia-se a aprendizagem técnica ao compromisso com a cidadania.

#### Aprendizagem significativa durante estágios prévios em outros níveis de atenção à saúde

Reconhece-se a importância da APS para a formação, mas também se constata que os demais níveis de atenção à saúde possuem grande responsabilidade com a educação médica. Dessa maneira, encontrou-se uma narrativa que relata o quanto o estágio em uma emergência pediátrica produziu aprendizagem significativa no sentido de se abordar situações complexas, envoltas por problemas sociais.

*“Como no rodízio de Pediatria - em emergência pediátrica - tive contato com muitas crianças em situação de vulnerabilidade, tive mais facilidade em assumir um comportamento apropriado para a circunstância e a peculiaridade que foi, nesse caso, a questão social foi o principal diagnóstico.” (Luana)*

Em todos os níveis de atenção, nas atividades práticas onde se realizam consultas, os estudantes passam a transitar por uma vida cotidiana em que partilham as experiências com as pessoas consultadas. Durante a formação médica, consultar pessoas é um ato que possibilita ao estudante dar significado ao conhecimento aprendido. Isso é fundamental para que a ancoragem de conteúdos se dê de forma efetiva e duradoura (aprendizagem significativa)<sup>41</sup>.

É nesse sentido que a lei que estabelece o “Programa Mais Médicos para o Brasil” versa, em seu terceiro capítulo, onde se discorre sobre a formação médica, expande para ao menos 30% a carga horária do internato nos serviços da APS e de urgência e emergência. Com isso, ampliam-se as atividades práticas onde se realizam consultas médicas, ampliando-se, também, a possibilidade dos estudantes desenvolverem aprendizagens significativas.

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

A inserção de estudantes de medicina nos cenários de prática e aprendizagem dos serviços da Atenção Primária à Saúde, conforme observado neste estudo, pode contribuir com o desenvolvimento de uma educação médica comprometida com as necessidades da população. Isso ocorre, pois, nesse cenário, os estudantes passam a circular, em sua vida cotidiana, por diversas realidades diferentes das suas. Com isso, partilham o mundo com

peças, famílias e comunidades que possuem condições sociais diversas, muitas vezes em condição de miséria.

Esse convívio com outras realidades, que ocorre durante o estágio na APS, é capaz de produzir sentimentos e motivações distintas. Em algumas situações, os estudantes podem se sensibilizar e com isso se engajarem e se comprometerem com o exercício da cidadania e com a transformação social. Para isso ocorrer, uma possibilidade é que o estágio seja mediado numa perspectiva da educação problematizadora.

Reconhecendo-se a possibilidade de uma educação comprometida ocorrer nos serviços da APS, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que investiguem nos pormenores as maneiras como potencializar essa modalidade de formação. Para isso, é importante investigar o desenvolvimento de competências pedagógicas dos preceptores da APS. Além disso, faz-se necessário investigar de que modo os preceptores trabalham pedagogicamente com os temas do comprometimento com a cidadania e do comprometimento com a superação dos problemas sociais da população assistida durante as atividades de supervisão.

Além disso, é importante avaliar como os espaços de sala de aula da graduação médica, sejam antes ou durante a etapa do internato, podem contribuir com uma formação nessa perspectiva.

## REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF, 2001
- 2 Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, Guimarães FG, Oliveira FP, Carvalho FP, Silva FD, Oliveira FA, Tenório GC, Marques JB, Geniole LAI, Silveira LMC, Pinto MEB, Silva NA, Bagatelli RC, Batista SRR, Barboza TA, Sarti TD, Barreto VHL, Gusso GDF, Belaciano MI. (2012). Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. In: Revista Brasileira de Educação Médica, 36(1), 143-148.
- 3 Brasil. Ministério da Educação, [DCN] Resolução CNE/CES nº 2, de 20 de junho de 2014a.
- 4 Brasil. Ministério da Educação, parecer homologado, despacho do Ministro, publicado no D.O.U. de 6/6/2014, Seção 1, Pág. 17., de 6 de junho de 2014b.
- 5 Freire P. Pedagogia do oprimido. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- 6 Mays N, Pope C (org.). Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- 7 Cotta RMM, Costa GD. Assessment instruments and self-evaluation of reflective portfolios: a theoretical-conceptual construction. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):
- 8 Angrosino M. Etnografia e observação participante. Porto Alegre: Artmed, 2009, 138 p
- 9 Meyer J. Pesquisa-ação. In: Mays N, Pope C (org.). Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 135-145
- 10 Britten N. In: Mays N, Pope C (org.). Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 135-145
- 11 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- 12 Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3rd édition. Paris: Éd. Armand Colin, 2012.

13 Han BC. Sociedade do cansaço / Byung-Chul ; tradução de Enio Paulo Giachini. – Petrópolis, RJ : Vozes, 2015.

14 Cardoso FAB, Magalhães JF, Silva KML, Pereira IS. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro , v. 39, n. 1, p. 32-40, mar. 2015 .

15 Vasconcelos TC, Dias BRT, Andrade LR, Melo GF, Barbosa L, Souza E. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro , v. 39, n. 1, p. 135-142, mar. 2015 .

16 Tabalipa FO, Souza MF, Pfützenreuter G, Lima VC, Traebert E, Traebert J. Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro , v. 39, n. 3, p. 388-394, set. 2015 .

17 Moreira SNT, Vasconcelos RLSS, Heath N. Estresse na Formação Médica: como Lidar com Essa Realidade?. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro , v. 39, n. 4, p. 558-564, dez. 2015

18 Berger PL, Luckman T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

19 Souza G. Estratégias de mobilização para as transformações curriculares. In Marins J, Rego S (org.). Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec ; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011, p. 67-82.

20 Merhy E, Aciole G. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. *Proposições*. 2003 jan/abr; 14(40): 53-68.

21 Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

22 Macedo RM. Renúncia à arte: ensaio sobre a razão utilitária da medicina contemporânea / Ricardo Menezes de Macedo. – São Paulo: Escrituras Editora, 2014

23 Franco de Sá R. A identidade profissional do médico generalista: lições a serem aplicadas pela instituição formadora. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3): 241-246.

- 24 Freire P. Educação e mudança. 31 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1979.
- 25 Schraiber LB. Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1989.
- 26 Freire P. Extensão ou comunicação? 13 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- 27 Freire P. Cartas a Cristina: reflexões sobre minha vida e minha práxis. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- 28 Foucault M. A microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009
- 29 Foucault M. O nascimento da clínica. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- 30 Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2003
- 31 Madeiro A et al . Objeção de Consciência e Aborto Legal: Atitudes de Estudantes de Medicina. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 40, n. 1, p. 86-92, mar. 2016 .
- 32 Dunker CIL. Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. - 1ed. - São Paulo : Boitempo, 2015
- 33 Mayernyik MA, Oliveira FAG. O Cuidado Empático: Contribuições para a Ética e Sua Interface com a Educação Moral na Formação em Saúde. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 40, n. 1, p. 11-20, mar. 2016 .
- 34 Freire P. Educação como prática da liberdade. 8 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- 35 Martins MA. Editorial. Rev. bras. educ. med., vol.32, n.1, 2008, pp. 5-6.
- 36 Santos M. Metamorfoses do espaço habitado. Ed HUCITEC, São Paulo, 1988
- 37 Organizacion Panamericana de La Salud. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines. Publicacion cientifica n. 93. Washington, New Hampshire: Organizacion panamericana de as salud, 1964.
- 38 Haddad AE, Brenelli SL, Michel JL, Patrocínio M, Bucci MP, Campos FE. A educação médica no contexto da política nacional de educação na saúde. In: Marins J, Rego S (org.).

Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec ; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011, p. 19-41.

39 Walters K, Raven P, Rosenthal J, Russell J, Humphrey C, Buszewicz M. Teaching undergraduate psychiatry in primary care: the impact on student learning and attitudes. *Med Educ*. 2007;41(1):100–108.

40 Dixon RP, Roberts LM, Lawrie S, Jones L a., Humphreys MS. Medical students' attitudes to psychiatric illness in primary care. *Med Educ*. 2008;42(11):1080–1087.

41 Gomes AP, Dias-Coelho UC, Cavalheiro PO et al. A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32 (1): 105-111.