



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP

***DA APRENDIZAGEM FRAGMENTADA AO DESAFIO DE UMA FORMAÇÃO
INTEGRAL: NARRATIVAS DA CONSTRUÇÃO DO SABER***

JOÃO FELIX LEANDRO DE SOUZA ARAÚJO

SÃO PAULO

2019

PROGRAMA PROFSAÚDE – MESTRADO PROFISSIONAL

***DA APRENDIZAGEM FRAGMENTADA AO DESAFIO DE UMA FORMAÇÃO
INTEGRAL: NARRATIVAS DA CONSTRUÇÃO DO SABER***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAUDE) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) para a obtenção do título de mestre, modalidade profissional.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker

SÃO PAULO

2019

**Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a)**

A663a Araújo, Joao Felix Leandro de Souza.
Da aprendizagem fragmentada ao desafio de uma formação
integral: narrativas da construção do saber.
/ Joao Felix Leandro de Souza Araújo; Orientador
Fernando Sfair Kinker. -- Santos, 2019.
73 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Saúde da
Família - PROFSAÚDE) -- Instituto Saúde e Sociedade,
Universidade Federal de São Paulo, 2019.

1. Educação médica. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Avaliação do ensino. 4. Graduação médica. 5. Saúde da família. I.
Kinker, Fernando Sfair , Orient. II. Título.

CDD 610.969

Nome: João Felix Leandro de Souza Araújo

Título: Da aprendizagem fragmentada ao desafio de uma formação integral: narrativas da construção do saber

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família PROFSaúde, da Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de mestre.

Aprovado em 02/06/2019.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Ângela Aparecida Capozzolo
Prof. Dr. Emílio Telesi Jr.
Prof. Dra. Rosilda Mendes
Prof. Dr. Thiago Andrade Macedo (Suplente)

Permitida reprodução total ou parcial, desde que seja citada/preservada a fonte.

DEDICATÓRIA

A minha amada esposa, Ana Karina, por todo amor, carinho, compreensão, e apoio nos momentos mais difíceis. Obrigado por me sustentar, quando eu mesmo já não podia fazê-lo. Obrigado por ser meu farol, me auxiliando a navegar e enxergar em meio a escuridão. Obrigado pelo consolo, pela parceria, pelo café quentinho, por tantas vezes me cobrir com as crianças, por compartilhar dos meus sonhos, por me ajudar a carregar o mundo, amparando-me nas minhas fraquezas, e me fazendo forte. Você faz de mim um homem melhor. A você eu dedico este trabalho, com todo meu amor e devoção.

AGRADECIMENTOS

A Deus inicialmente, por ser minha força e sustento, por me amparar e me proteger diante das tribulações, mesmo eu não sendo merecedor da Sua graça. Obrigado meu Pai, minha fonte inesgotável de luz, livramento, e esperança.

A minha mãe pelo dom da vida, por me dar a base necessária para chegar até aqui. Se cá estou, devo a ti, que por vezes tirou da própria boca para nos alimentar, e rasgou as próprias roupas para nos vestir. Gratidão é uma palavra muito singela para expressar todo meu carinho, amor e reconhecimento. Obrigado pelo amor, carinho e conselho. Levo seus ensinamentos no meu coração.

Aos meus irmãos, pelas palavras de conforto, pelas risadas, pelo senso de “pertencimento”, mesmo distantes. Enxergo em vocês as raízes de onde partimos, e isso me dá força, alento e consolo.

Ao meu orientador, Fernando Sfair Kinker, pela jornada até aqui, pela carinho, cortesia e paciência que sempre me dispensou. Obrigado pelos ensinamentos, pela confiança em mim (mesmo quando eu próprio já não mais confiava), e pelas palavras sempre revestidas de doçura e calma. Obrigado pelo “fique tranquilo”; “vai dar certo”; “vai dar tempo”; “ainda dá para rever”, e especialmente pelo “podemos melhorar”.

Aos meus filhos, razão da minha existência, pelo carinho, pela compreensão, pelas risadas, pelo “colo”, pelo afago despretensioso, especialmente do Miguel, que tantas vezes me perguntou – com os olhinhos arregalados e sempre curiosos – “papai, você já é um mestre?” (sempre com uma entonação peculiar na palavra “mestre”, certamente alvo de fascínio e interesse).

Aos meus amigos-irmãos dessa caminhada de ProfSaúde, que me suportaram e toleraram meus devaneios, desvarios e desatinos, com parceria e amizade. Carrego vocês no meu coração e compartilho da satisfação de termos caminhado juntos. Aprendi muito com vocês.

A todos os professores do ProfSaúde, que em menor e maior grau contribuíram para minha formação, com encorajamento de palavras nem sempre

“doces”, mas sempre transformadoras e necessárias, me ensinando a aprender, para que eu aprendesse a ensinar. Minha eterna gratidão.

Aos meus queridos alunos, que gentil e prontamente se aventuraram nesta pesquisa, permitindo que eu adentrasse e participasse de um outro modo da formação de vocês, me revelando suas fragilidades, medos, compartilhando angústias, sonhos e alegrias. Meu eterno obrigado.

RESUMO

Por anos a formação médica vem sendo realizada de modo fragmentado, reduzindo a complexidade do indivíduo a órgãos e sistemas, negligenciando aspectos socioculturais, bem como a dinâmica e a interação do indivíduo na esfera familiar e comunitária. Recentemente com a última mudança realizada nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) em 2014, surge a proposta de que o ensino médico passe a ter um caráter formativo ampliado, com formação humanística, geral, crítica, reflexiva e ética, no intuito de formar um egresso habilitado para atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde, apto ao manejo de condições patológicas diversas de modo indistinto, a realizar a coordenação do cuidado e a gestão da clínica. Este trabalho teve por objetivo analisar as percepções, expectativas e vivências dos alunos de graduação do terceiro ano de medicina do Centro Universitário São Camilo, diante de uma disciplina com proposta de olhar integral do cuidado assistencial, tentando compreender o fenômeno da formação do conhecimento, partindo-se de uma lógica de ensino fragmentado por especialidades focais, até chegar a metodologia cujo foco no cuidado integral é o contraponto da formação anterior. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, orientado pela análise de conteúdo dos diários de campo produzidos pelos alunos, diário de campo do pesquisador, e análise das rodas de conversa, visando debater as ideias e vivências nos atendimentos no ambulatório, bem como seu papel na formação do aluno enquanto futuro generalista. A conclusão a que se chegou é a de que, mesmo com as diversas mudanças do currículo médico ao longo das últimas décadas, mantém-se ainda uma formação categorizada, fragmentada, com poucos momentos para reflexão da prática, ainda em um modelo fordista pouco flexível, onde se prioriza mais o conteúdo a ser ministrado do que propriamente a autonomia dos sujeitos. Ao mesmo tempo, avançou-se em muitas dimensões do ensino, tendo demonstrado a experiência da pesquisa que o processo dialógico e reflexivo de ensino pode contribuir muito com uma formação de qualidade e que valorize os aspectos éticos do cuidado.

Palavras-chave: Educação médica; Atenção primária à saúde; Avaliação do ensino; Graduação médica, Saúde da família; Medicina narrativa

ABSTRACT

For years medical training has been carried out in a fragmented way, reducing the complexity of the individual to organs and systems, neglecting socio-cultural aspects, as well as the dynamics and the interaction of the individual in the family and community sphere. Recently, with the last change made in the National Curricular Guidelines of the Undergraduate Course in Medicine (NCG) in 2014, the proposal arises that medical education should have an expanded formative character, with a general, critical, reflexive and ethical formation in purpose to form an egress enabled for action at different levels of health care, able to handle various pathological conditions indistinctly, to perform the coordination of care and management of the clinic. The objective of this study is to analyze the perceptions, expectations and experiences of undergraduate students of the third year of medicine at the Centro Universitário São Camilo, in the context of a discipline with a comprehensive approach to care, trying to understand the phenomenon of knowledge formation, starting with it is a logic of teaching fragmented by focal specialties, until arriving at one whose focus on integral care is the counterpoint of the previous formation. This is a qualitative, descriptive study, guided by the documental analysis of field diaries produced by the students, the researcher's field diary, and discourse analysis in conversation wheels, aiming to discuss the ideas and experiences in the outpatient clinic visits, as well as their role in the student's formation as a future generalist. The conclusion that has been reached is that even many changes that the medical curriculum has undergone over the last decades, we still have a categorized, fragmented formation with few moments to reflect on the practice, even in a non-flexible Fordist model, where more emphasis is placed on the content to be taught than the subjects' autonomy. At the same time, it has advanced in many dimensions of teaching, having demonstrated the research experience that the dialogic and reflexive process of teaching can contribute much with a quality education and that values the ethical aspects of care.

Keywords: Medical education; Primary health care; Evaluation of teaching; Medical graduation, Family health; Narrative Medicine

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1: Linha do tempo institucional pág. 18

Tabela 1: Distribuição dos estágios do IASC pág. 20

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- **ACS:** Agente Comunitário de Saúde
- **APS:** Atenção Primária à Saúde
- **CNS:** Conselho Nacional de Saúde
- **CUSC:** Centro Universitário São Camilo
- **CROSS:** Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
- **DCN:** Diretriz Curricular Nacional
- **ESF:** Estratégia Saúde da Família
- **IASC:** Integração, Academia, Serviço e Comunidade
- **MFC:** Medicina de Família e Comunidade, também utilizado às vezes para se referir ao Médico de Família e Comunidade
- **PBL:** Abreviação para o termo *“Problem-Based-Learning”* cuja tradução significa “Aprendizagem Baseada em Problema”.
- **PIC:** Prática Integrativa Complementar
- **PTS:** Projeto Terapêutico Singular
- **SBC:** Sociedade Beneficente Camiliana
- **SBMFC:** Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
- **SIGA:** Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde
- **SUS:** Sistema Único de Saúde
- **TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- **UBS:** Unidade Básica de Saúde
- **UNIFESP:** Universidade Federal de São Paulo
- **USC:** União Social Camiliana

SUMÁRIO

1. Introdução.....	13
1.1. Trajetória profissional e escolha do tema.....	13
1.2. Histórico da formação médica.....	14
1.3. Apresentação da disciplina e seu histórico de criação.....	17
1.4. Apresentação e histórico da criação do Centro de Promoção e reabilitação em Saúde e Integração Social (PROMOVE).....	22
1.5. Da aprendizagem fragmentada para a aprendizagem integral.....	22
2. Objetivos	24
2.1. Objetivo geral	24
2.2. Objetivos específicos	24
3. Metodologia.....	25
3.1. Produção de dados.....	25
3.1.1. Diários de campo.....	25
3.1.2. Roda de conversa.....	28
3.1.3. Diário de campo do pesquisador.....	38
3.2. Organização e análise dos dados.....	39
3.3. Aspectos éticos.....	30
4. Discussão e resultados.....	31
4.1. Da percepção do pesquisador.....	31
4.2. Considerações gerais e organização dos dados.....	32
4.3. Vivências / Sentimentos.....	33
4.3.1. Medo.....	35
4.3.2. Empatia.....	36
4.3.3. Impotência / Frustração.....	38
4.3.4. Satisfação / Realização.....	40
4.4. Oportunidade de aprendizagem.....	41
4.5. A consulta no PROMOVE.....	42
4.6. Comunicação clínica.....	45
4.6.1. Aluno-aluno.....	46
4.6.2. Aluno-docente.....	47
4.6.3. Aluno-paciente.....	50
4.7. Desconfortos.....	51

4.8. Reflexão sobre a prática.....	54
5. Conclusão e considerações finais.....	58
6. Referências.....	60
7. Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) Resolução 466/2012.....	64
8. Anexo 2 – Roteiro para roda de conversa.....	67
9. ANEXO 3 – Aprovação do comitê de ética.....	68

1. INTRODUÇÃO

1.1. Trajetória profissional e escolha do tema

Desde sempre quis fazer medicina, e não me recordo exatamente com que idade comecei a falar sobre isso. Não tenho nenhum familiar médico, e na minha família foi a partir da minha geração que começamos a ter pessoas com formação superior. Antes disso, empregos técnicos ou sem a necessidade expressa de uma formação específica. Mamãe era cabeleireira, e nunca teve o sonho de ter um filho médico. Ela sempre quis que eu fosse advogado, mas nunca vi muito sentido nisso. Ela achava que a vida do médico era muito “sofrida”, com muitas renúncias. Independente disso, segui no sonho do “ser médico”.

Ao longo da graduação, passei por diversos momentos de “paixões fugazes” por esta ou aquela área. Inicialmente queria fazer gineco-obstetrícia. Vi um parto normal logo no início da graduação e aquilo foi muito marcante: ver o início da vida, a conexão que mãe e filho experimentam logo nos primeiros minutos do pós-parto, tudo isso foi muito impactante. Quando rodiziei no estágio da gineco-obstetrícia, contudo, este sonho se desfez nas limitações próprias da especialidade. Às vezes no ambulatório de gineco, via um paciente com uma hipertensão leve era encaminhado ao cardiologista para “uma avaliação” ou “só para ser visto”. Depois disso, passei por “outros romances” – neurocirurgia, hematologia – e me formei com a intenção de fazer cirurgia vascular. Após várias decepções, sempre rodeadas pela fragmentação própria da especialidade, fui para a atenção primária e descobri que eu “gostava de tudo”. Gostava de pediatria, de geriatria, cardiologia, endocrinologia, saúde da mulher e por aí vai. Encantei-me com o universo do cuidado integral, do manejo de queixas indistintas e de um olhar do indivíduo que ultrapassasse a barreira do físico, levando em consideração outros aspectos do processo do adoecer.

Fiz a pós-graduação em Saúde da Família pela UNIFESP, e em seguida prestei a prova de título da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Fui convidado a participar da elaboração de um plano de educação permanente na região de Sapopemba, zona leste de São Paulo, e

em seguida passei a supervisionar ciclos de estágios dos residentes da UNIFESP. Fiquei como preceptor por 5 anos, e há 4 anos assumi a docência de alunos do terceiro ano de medicina do Centro Universitário São Camilo (CUSC), em uma disciplina que se propunha ao desafio de trazer um olhar ampliado sobre o paciente. A ideia do ensino fragmentado e do cuidado fragmentado, foi algo que sempre me trouxe um certo desconforto, e serviu de catalisador para fomentar o *brainstorm* da minha pesquisa. Foram esses os motivos que me levaram a ter o desejo de pesquisar as percepções e as motivações dos alunos do curso de medicina, bem como o conjunto de elementos envolvidos nesse processo de formação. É dessas questões que este trabalho tratará.

1.2. Histórico da formação médica

Partindo-se do histórico da formação médica, considerando aspectos afetivos, culturais, sociais e políticos que influenciam na formação do graduando em medicina, nota-se a pouca relevância que se dá para tais aspectos e o quanto isso pode afetar ou agregar a formação médica. Muito se fala sobre a “necessidade do cuidar”, a necessidade de uma relação médico-paciente mais humana e próxima, e muito desse cuidado passa por um modelamento afetivo que o aluno sofrerá ao longo da graduação. (DURAN, 2013).

A formação médica, por muitos anos, limitou-se prioritariamente ao reducionismo da mera reprodução de conteúdos de cunho anátomo-fisiológico, bem como de práticas e técnicas médicas dominantes. Pouco ou nenhum espaço se deu aos questionamentos e arquétipos da construção ideológico-social, tão importantes para mudanças de consciência e saberes. (PEREIRA, 2005). Embora esta ainda não seja uma questão superada, avançamos em certa medida, na formação de um sujeito mais sensível e melhor preparado para prestar uma assistência mais ampla e holística.

Michel Foucault em “*O nascimento da clínica*” (1963) faz uma investigação da influência do pensamento positivista no saber médico moderno, fazendo uma análise dos métodos, princípios e paradigmas utilizados na formação médica. Ademais, ele faz uma análise do itinerário da construção do

saber sobre a doença, partindo da definição abstrata como algo imaterial (*i. e.* espíritos que levam a doenças), chegando até o conceito biomédico e microbiológico atual.

Em 1910 Abraham Flexner publicou um estudo que ficou mundialmente conhecido como “*relatório Flexner*”, o qual marcou o início de um novo modelo de ensino-aprendizagem, consolidando e integrando a faculdade de medicina – até então desmembrada dos demais ambientes acadêmicos – à universidade propriamente dita, vinculada a hospitais-escola, cenários de prática, tendo a experimentação como base para o aprendizado. (DAVIDOVICH, 2010)

Em geral, Flexner é associado ao modelo biomédico, com uma lógica de ensino fragmentada também por disciplinas, num modelo positivista, com práticas de aprendizagem em ambientes controlados. Ele propôs a separação do indivíduo de sua experiência, e do seu cotidiano, isolando o fenômeno da doença em um ambiente hospitalar, longe de seu contexto familiar e social, pois ele acreditava que nesse momento a doença se manifestaria na sua forma mais intensa e pura, sem a contaminação de fatores externos, facilitando portanto o diagnóstico e o tratamento. (FLEXNER, 1910). Apesar disso, é salutar observar que ele também se preocupava com a questão da prática em serviço e da experimentação como forma privilegiada de aprendizagem significativa. É também curioso notar que, nas constatações de Flexner, há mais de um século, já era defendida a ideia de modelos inovadores de ensino, com uso de ferramentas de metodologias ativas, baseadas em estudos de caso, ao melhor estilo “*Problem-Based-Learning*¹” (PBL), nome que só ganhou muitas décadas depois.

“No lado pedagógico, a medicina moderna, como todo ensino científico, é caracterizada por atividade. O estudante não mais apenas observa, escuta e memoriza, ele faz. Suas próprias atividades no laboratório e na clínica são os principais fatores na sua instrução e na sua disciplina. Uma educação em medicina hoje envolve tanto o aprender quanto o aprender como [learning how]. O

¹ O PBL “*problem-based-learning*” é um método de aprendizagem centrado no aluno (e não propriamente na disciplina), que é levado a abandonar o papel de agente passivo, e torna-se um agente ativo da construção do conhecimento, a partir de um aprendizado auto-dirigido, onde o professor/tutor tem um papel de facilitador do processo de aprendizagem. (BERBEL, 1998)

estudante não pode efetivamente conhecer a menos que saiba como fazer [know how]” (FLEXNER, 1910, p. 53).

No Brasil, Anísio Teixeira foi o expoente dessa linha de pensamento e remodelamento do ensino superior que afirmava:

“Está claro que se sabe que o aprender se fará mais eficiente se ensinarmos como se estivéssemos levando o aprendiz a descobrir. Também se sabe que ensinar hoje é ensinar a aprender. Sabe-se ainda que não se deve ensinar pela informação, mas levando o aluno a apreender a ‘estrutura’ do saber que estiver estudando”. (TEIXEIRA, 1989, p. 189).

Em 1950 os movimentos da Medicina Integral e Medicina sanitária apontam para reestruturação da educação médica no Brasil, indo na contramão da medicina fragmentada, ganhando força em 1970 com o surgimento da Medicina Comunitária (CYRINO,1993). Esses movimentos objetivavam o aprimoramento de um cuidado integral, inserindo a ideia de cuidado global, onde o indivíduo é visto como objeto de prática, como um ser biopsicossocial. (CYRINO, 2002).

Entre os anos de 1970 e 1980, diversos fóruns de debate sobre a formação médica emergiram, dando corpo a narrativa da importância de se formar indivíduos capazes de responder as demandas e necessidades da saúde. Neste sentido, era imperioso diversificar os cenários de prática, dando enfoque também a atenção primária (FEUERWERKER, 2002).

Daí por diante, ganhou força o movimento no sentido de romper o modelo reducionista biológico da compreensão de saúde doença, trazendo um conceito mais ampliado de saúde, contemplando aspectos sociais de adoecimento, iniquidades, bem como o avanço do conceito e da necessidade de uma equipe multidisciplinar (CAPOZZOLO, CASSETTO, HENZ, 2013).

A partir de 1990, a formação médica se aproxima ainda mais do Sistema Único de Saúde (SUS), e inicia-se um movimento de mudanças pedagógicas curriculares, na tentativa de envolver o universo acadêmico numa transposição do um sistema curricular fragmentado, alcançando novas metodologias de ensino, moldando os novos currículos em módulos e não mais disciplinas isoladas (CAPOZZOLO, CASSETTO, HENZ, 2013).

As alterações curriculares continuaram, e o ensino médico passou por diversas mudanças ao longo dos últimos anos, especialmente nos últimos 4 anos com as mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), dando mais enfoque aos múltiplos cenários de prática, inserindo precocemente o graduando nestes cenários, permitindo que o aluno tenha contato com pacientes complexos, inseridos no seu ambiente de vida, devendo ser capazes de gerir o cuidado prestado a esses pacientes no âmbito assistencial bem como da gestão de recursos (BRASIL, 2014). Tais mudanças curriculares são necessárias para nos adequarmos à necessidade da sociedade moderna de médicos com formação mais humanística, com habilidade para solucionar problemas em diferentes contextos. Nesse sentido, o professor torna-se um apoiador ou mediador do conhecimento (DURAN, 2013), superando a famigerada educação bancária (FREIRE 1987), contemplando a formação prevista na DCN:

“Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.” (BRASIL, 2014 p. 01).

Contudo, ainda estamos muito distantes de formar egressos com as características e habilidades propostas na DCN, como trataremos com maior profundidade a seguir.

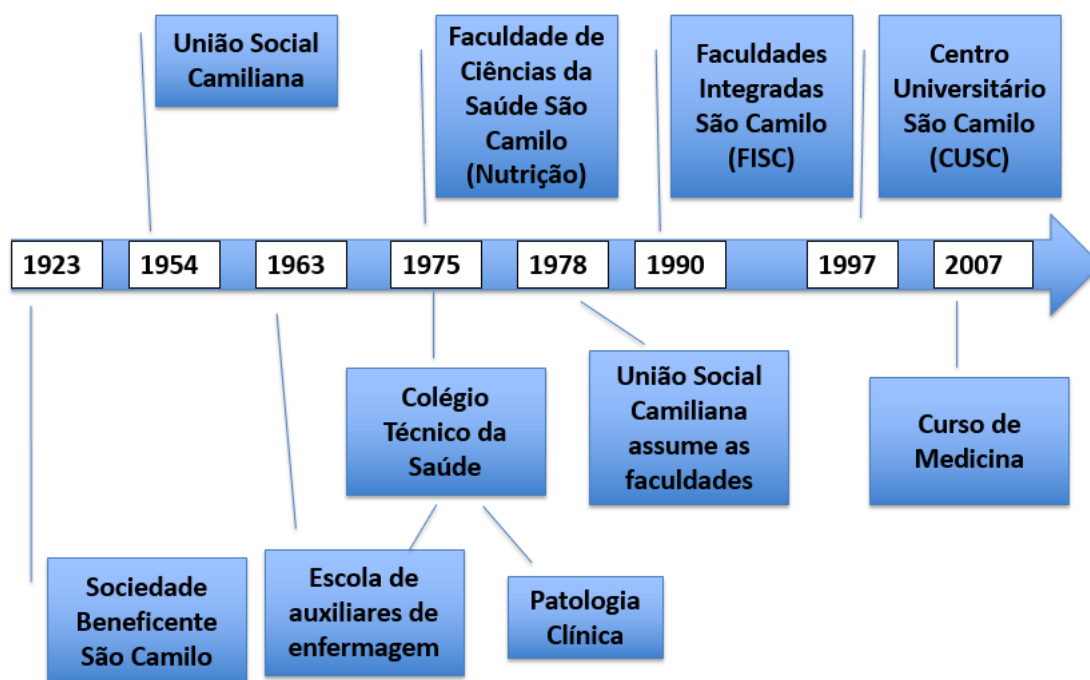
1.3. Apresentação da disciplina e seu histórico de criação

Frente ao exposto, com intuito de apresentar uma disciplina que contemple todos os aspectos formativos, bem como todas as exigências das novas DCN, surgiu a disciplina “Integração, Academia, Serviço e Comunidade” (IASC), no CUSC na cidade de São Paulo-SP, cuja proposta é desenvolver um aprendizado holístico, com uma visão integral do indivíduo. Os camilianos chegaram ao Brasil em 1922, um trabalho iniciado pelo Pe. Inocente Radrizzani e seu companheiro de missão Pe. Eugênio Dalla Giacoma no Rio de Janeiro, no centenário da independência do Brasil. Hoje os camilianos estão presentes em sete estados brasileiros, e suas principais instituições estão em São Paulo. Estão

representados civilmente por várias entidades beneficentes, na área religiosa, de ensino, inspiradas pelo Evangelho e pautadas pelas normas éticas e morais da Igreja Católica, sendo as principais: a Sociedade Beneficente São Camilo ([SBSC] como organização social na área da saúde), e a União Social Camiliana ([USC] como organização social na área de ensino) (Centro Universitário São Camilo).

A USC mantém diversas instituições de ensino, dentre elas o CUSC, com campus nos bairros da Pompéia e Ipiranga, além de outros campos de estágio espalhados por toda grande São Paulo. O curso de medicina tem sua sede no campus Ipiranga e a primeira turma iniciou a graduação em agosto de 2007, formando anualmente 100 novos médicos (Centro Universitário São Camilo).

Figura 1: Linha do tempo institucional



Fonte: Centro Universitário São Camilo

Desde o seu início, a graduação de medicina passou por ajustes na matriz curricular, destacando-se a última grande mudança ocorrida em 2014, quando se ampliou a carga horária de atenção primária, com foco em múltiplos cenários de práticas desafiadores. Ainda nesse contexto, reformulou-se a

disciplina “Integração, Academia, Saúde e Comunidade”, permitindo que os alunos tivessem contato precoce com o paciente logo no início da graduação na disciplina “IASC-I”. Trata-se de uma disciplina teórico-prática que os alunos têm desde o primeiro semestre, até o internato (IASC-I até IASC-VIII), tendo como cenários de prática as unidades básicas de saúde conveniadas e vinculadas ao SUS, o ambulatório escola da faculdade (PROMOVE - Centro de Promoção e Reabilitação em Saúde e Interação Social), além de um estágio específico no internato somente na atenção primária à saúde. A única disciplina cujo estágio é feito 100% no ambulatório-escola (PROMOVE) é o IASC-VI.

Os alunos acompanham visitas de agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem (IASC-I) e atendem diretamente aos pacientes (a partir do IASC-V) em diversos cenários de prática (unidades básicas de saúde [UBS] e o ambulatório-escola da universidade), conectando-os com a realidade da atenção primária à saúde (APS). Quando chegam ao "IASC-V" (5º semestre), os alunos entram no campo mais prático já com foco nos atendimentos, visto que já tiveram as disciplinas básicas, bem como semiologia e propedêutica, realizando então atendimentos supervisionados no ambulatório escola da própria instituição - o PROMOVE (Centro de Promoção e Reabilitação em Saúde e Integração Social) -, e também em unidades básicas de saúde (UBS) conveniadas. Ao chegarem no IASC-VI, disciplina foco deste estudo, os alunos terão contato com casos complexos de pacientes, na tentativa de que estes sejam vistos de forma integral², dentro da lógica de atendimento da medicina de família e comunidade, bem como com as práticas integrativas complementares (PIC): homeopatia e acupuntura, exclusivamente no

² Entenda-se por “cuidado integral”, assistir o paciente como um todo, indistintamente em suas demandas, como um sujeito que necessita de um plano de cuidados enquanto ser biopsicossocial, levando em consideração as questões físicas do adoecimento, a dinâmica familiar e o contexto social em que ele está inserido, ampliando-se o olhar assistencial sobre o caso, sem construir um projeto terapêutico singular (PTS) para o paciente nesse momento. A ideia é construir um plano de cuidado pactuado com o paciente, dentro da lógica do método clínico centrado na pessoa. Esse processo mais complexo da assistência – elaboração de um PTS - dar-se-á no estágio de APS do internato, sendo o estágio do IASC-VI uma emulação da vivência prática, visto que o nosso ambulatório não está inserido diretamente na rede assistencial do SUS como prevê a DCN, embora preste um serviço gratuito, amplo e irrestrito a comunidade de baixa renda, sendo assim um ambiente controlado e privilegiado para o acadêmico que inicia seus passos na vida clínica.

PROMOVE. Neste ambulatório-escola também estagiam os alunos da nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem e psicologia, com os quais compartilhamos o cuidado ao paciente, ampliando o olhar dos estudantes sobre a atuação dos demais profissionais, somando saberes no cuidado integral. De maneiras diferentes, a medicina de família e comunidade, a homeopatia e a medicina tradicional chinesa se propõem a realizar um atendimento holístico, contemplando o indivíduo como um todo, entendendo que a doença e o sofrimento tem uma complexidade que não se limita ao reducionismo de sistemas ou órgãos acometidos. Desde o primeiro semestre de 2018, contudo, a disciplina sofreu mais um ajuste em razão de alguns arranjos institucionais, tornando as PIC disciplinas não obrigatórias na formação acadêmica, em razão principalmente da necessidade de uma ampliação da carga horária para os atendimentos da medicina de família no ambulatório, e pelo desafio expressado dos alunos para compreender o paradigma vitalista das PIC, bem como a fisiopatologia desses modelos com uma carga horária tão pequena. Abaixo um panorama da estrutura e distribuição dos estágios dos diferentes IASC:

Tabela 1 – Distribuição dos estágios do IASC

DISCIPLINA	UBS	PROMOVE	HOSP. GERAL DE CARAPICUÍBA	PBL	ATIVIDADE TEÓRICA DO IASC NO CUSC
IASC I	Conhecimento do território; APS, rotina da UBS, reunião de equipe	Não	Não	Não	Território e princípios da APS
IASC II	Mantém rotina na UBS	Não	Não	Não	Saúde pública, níveis de atenção
IASC III	Passam acompanhar sala de vacina e coleta de Papanicolau	Não	Não	Não	Epidemiologia e vigilância
IASC IV	Mantém rotina na UBS	Não	Não	Sim	Epidemiologia, saúde pública e bioestatística
IASC V	Não	Saúde do adulto I ³	Não	Não	Módulo teórico de medicina de família

³ **Saúde do adulto I:** Pneumologia, hematologia, cardiologia, endocrinologia, e módulo teórico de medicina de família e comunidade.

IASC VI	Não	Saúde do adulto II ⁴	Não	Não	Não
IASC VII	Não	Saúde do adulto III ⁵	Sim	Não	Não
IASC VIII	Não	Saúde do adulto IV ⁶	Sim	Não	Não

Fonte: Centro Universitário São Camilo

Em grande parte essa disciplina foi pensada no âmbito de sua criação com intuito de corrigir a mudança de empatia, e o “endurecimento” aos quais os alunos de medicina estão sujeitos ao longo da graduação. Trata-se de um fenômeno complexo que ocorre especialmente a partir do terceiro ano, justamente o momento em que os alunos passam a encontrar com maior intensidade os pacientes, e precisariam melhor exercitar a empatia, com redução drástica e sistemática até a formatura. Um estudo feito com 229 alunos na *Jefferson Medical College*, demonstrou que os níveis de empatia reduzem substancialmente a partir do terceiro ano do curso, e no quinto ano a empatia dos alunos se assemelha a dos médicos especialistas focais com 5 ou mais anos de formação (MOHAMMADREZA, 2009). Nesse sentido, a disciplina IASC-VI tenta apresentar para o aluno um sujeito em sua singularidade, provocando o olhar para o paciente como um todo, tentando transpor a frieza de um mero conjunto de sinais e sintomas que agregados, formam um diagnóstico, e não um indivíduo. Comumente nos deparamos com passagens clínicas indiferentes, focadas excessivamente no modelo biomédico “aqui temos um caso de um infarto...” ou “ali temos um caso de apendicite”, enquanto o desejo é que vejamos que “aqui temos o caso do Sr. José, casado, porteiro, que recebera a notícia da morte de um irmão, e a seguir apresentou uma síndrome coronariana aguda, evoluindo para um infarto”.

Salutar reconhecer e destacar a paradoxal fragmentação que há no IASC, visto que continuamos dividindo e sistematizando os estágios em especialidades, que pouco ou nada interagem entre si. São raros os professores do IASC que eu conheço e tenho contato no CUSC, ou mesmo no PROMOVE.

⁴ **Saúde do adulto II:** Medicina de família e comunidade, medicina tradicional chinesa e clínica médica.

⁵ **Saúde do adulto III:** Neurologia, oncologia, geriatria, reumatologia e medicina do trabalho.

⁶ **Saúde do adulto IV:** Ortopedia, cirurgia geral, cirurgia torácica, gastroenterologia.

1.4. Apresentação e histórico da criação do Centro de Promoção e reabilitação em Saúde e Integração Social (PROMOVE)

O Centro de Promoção e Reabilitação em Saúde e Integração Social (PROMOVE) criado em 2002 foi concebido com a ideia de cuidado a pacientes carentes, com base nos princípios de integração social e educação em saúde. Ele fica localizado na Rua Engenheiro Ranulfo Pinheiro de Lima, n. 200, no Ipiranga, com 2.000 m² de área construída útil, sendo campo de estágio de diversos cursos e disciplinas, com equipes criadas para proporcionar a interdisciplinaridade, auxiliando na melhoria da qualidade de vida dos seus usuários e na conquista da autonomia. Vale ressaltar que o PROMOVE não é vinculado aos sistemas SIGA⁷ ou CROSS⁸, de modo que qualquer paciente em situação de vulnerabilidade social pode ser atendido com agendamento direto e irrestrito nos diversos serviços assistenciais (clínica de especialidades) e de reabilitação oferecidos. Dito isso, os alunos do IASC-VI estarão em um ambiente privilegiado, emulando uma realidade de atendimento ideal, mas longe de um cenário real de prática, o qual já fora foco de disciplinas anteriores (como IASC-I, e IASC-II, inicialmente mais observacionais), e ainda o serão no internato, onde os alunos serão inseridos verdadeiramente em equipes da estratégia saúde da família (ESF) nas unidades conveniadas.

1.5. Da aprendizagem fragmentada para a aprendizagem integral

Considerando que desde o início da formação médica somos ensinados a aprender de modo fragmentado – *i. e.* inicialmente aprendemos o sistema respiratório, depois o circulatório, etc. – e em algum momento precisamos interligar esse conhecimento que adquirimos de modo fragmentado

⁷ O Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde (SIGA) foi desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a fim de gerenciar agendamentos, regulação médica, prontuário eletrônico e aglutinar e facilitar o acesso a todos os processos de informação em saúde em seus diversos níveis de atenção.

⁸ Semelhante ao SIGA, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), foi desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) com objetivo de implementar a equidade do acesso à saúde, através da regulação de vagas e serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, bem como facilitar o gerenciamento dos processos de informação em saúde.

em um pensamento linear e integral, urgia a necessidade de uma disciplina que pudesse absorver esse papel, e dar uma resposta a esse processo de metacognição. Nesse sentido, a disciplina do IASC-VI tem o desafio de apresentar ao aluno um paciente complexo, com problemas diversos, com o propósito de atendê-lo de forma integral e indistinta (reunindo todas suas queixas e problemas num plano de tratamento pactuado) pelo Médico de Família e Comunidade (MFC). De modo semelhante, aprendemos (também de forma fragmentada) as disciplinas clínicas separadamente – cardiologia, pneumologia, reumatologia etc. – e nos acostumamos a atender pacientes na cardiologia, nos debruçando sobre as queixas cardíacas, sobre a semiologia do aparelho cardiovascular, minimizando ou até ignorando que outros aspectos do paciente podem influenciar naquela hipertensão descompensada, ou justificar uma não adesão terapêutica do mesmo. Entender esse paciente como um todo, interligando e aglutinando todo o conhecimento adquirido na graduação até ali é um desafio para os alunos e, de certo modo, um desafio para os docentes enquanto apoiadores do processo de aprendizagem. Talvez, a maior potencialidade do IASC seja oferecer aos alunos um cenário de prática desafiador, com pacientes complexos com diversas demandas clínicas, centralizando e coordenando o cuidado assistencial e, paradoxalmente, uma das maiores fragilidades e dificuldades é justamente inserir esse novo paradigma assistencial na mentalidade dos nossos alunos, tão habituados a uma anamnese fragmentada, direcionada para órgãos e sistemas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar as percepções, vivências e expectativas dos alunos que cursam a IASC-VI, no que tange à formação médica, à perspectiva futura de ser médico, e à disciplina que se propõe a oferecer uma formação integral e holística, com enfoque no médico de família e comunidade.

2.2. Objetivos específicos

Envolver os alunos em um processo de reflexão sobre a própria formação enquanto futuros generalistas.

Apontar as potencialidades e desafios da educação médica e seu papel na formação do aluno enquanto futuro generalista.

Instalar um processo de reflexão sobre a potencialidade de uma formação integral com enfoque na medicina de família e comunidade.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, com análise de conteúdo dos diários de campo produzidos ao longo do semestre pelos alunos do terceiro ano da disciplina IASC-VI, do curso de medicina do CUSC, e também o conteúdo produzido pelas discussões nas rodas de conversa. Há um caráter de pesquisa-ação, visto que o estudo imprime algum grau de intervenção no pesquisador, bem como nos participantes ao longo da pesquisa. O presente estudo busca analisar as percepções dos alunos, diante de uma disciplina que tenta propor uma formação integral, com cuidado assistencial holístico, tentando compreender o fenômeno da formação do conhecimento, partindo-se de uma lógica de ensino fragmentada, até chegar a uma metodologia cujo cuidado integral é o contraponto da formação anterior (fragmentada). Ainda nesse sentido, o presente estudo tem a intenção de compreender o papel dessa disciplina na formação do “ser médico”.

Não haveria outro modo de entender esse processo com outro método que não o qualitativo, visto que somente na pesquisa qualitativa temos a oportunidade de trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

3.1. Produção dos dados

3.1.1. Diários de campo

Assim sendo, para coleta dos dados utilizamos o recurso do diário de campo. Toda pessoa tem um passado e esse passado é repleto de memórias, de maneira que essas memórias exprimem tudo que foi vivido, construído e aprendido. De outro modo, cada indivíduo tem uma vida futura, e nesta vida futura depositam-se sonhos, expectativas, crenças, planos (factíveis ou não), e essas expectativas influenciam no plano presente. No tocante aos alunos, neste futuro há a previsibilidade do “ser médico”, do fim da graduação, da carreira, da

escolha da especialidade, do mercado de trabalho, e diversos outros planos e crenças que lhes preenchem o imaginário, influenciando, de um modo ou outro em como eles vivenciam as disciplinas básicas, vislumbrando e projetando esse futuro. Por fim, todos têm uma vida familiar, com histórias, papéis e um sentimento de pertencimento, onde as histórias se cruzam e constituem o indivíduo, de maneira que, fora desse contexto familiar temos certos “papéis sociais”, onde somos namorados, pais, mães, filhos, irmãos, trabalhadores, vivendo diferentes relações de poder, nas quais cede-se em maior ou menor proporção, moldando histórias, experiências e um outro ser social, no âmbito dessas relações de poder. (CASSEL, 2004)

Dito isso, o aluno que se depara com a disciplina inicial do IASC-I e, posteriormente, do IASC-VI, é um indivíduo profundamente complexo, um ser político, familiar, social, repleto de histórias, vivências, memórias passadas, e também repleto de um “futuro” (ainda que confuso, nebuloso e aparentemente distante) com sonhos e expectativas. Este “futuro” influencia diretamente as escolhas do presente e tais escolhas envolvem dar maior ou menor peso a determinadas disciplinas da graduação. De que outro modo seria possível acessar essa complexidade de informações, sentimentos e expectativas senão por meio dos discursos e reflexões produzidos processualmente em diários de campo? Segundo Bakhtin (2004), as palavras e as formas de comunicá-las, trazem a tona o mundo interior individual, isto é, elas expressam os significados produzidos pela consciência individual, construídos no contexto social em que o indivíduo está inserido. Assim sendo, a palavra e o significado por ela expresso têm a função de dar materialidade à vida interior (FAVORETO, 2011).

No início do semestre foram selecionados, aleatoriamente, de 8-10 alunos voluntários para produção de 4 diários de campo. Esses diários de campo foram analisados e discutidos posteriormente em 4 encontros presenciais (rodas de conversa), fora do horário habitual da disciplina, com todo o grupo, a fim de debater as vivências acadêmicas, a construção do “ser médico” individual, as expectativas com a graduação e a inserção dessa disciplina no contexto de uma formação fragmentada por especialidades, bem como subespecialidades focais. Os encontros (rodas de conversa) foram gravados e posteriormente transcritos. Vale ressaltar que os diários de campo não foram avaliados do ponto de vista

conceitual para a disciplina, mas sim para avaliar a formação do ensino médico integral, deixando claro aos participantes que tratou-se de um instrumento que fora utilizado exclusivamente para a pesquisa.

A ideia era suscitar reflexões, compartilhando as experiências vividas até aqui que o levaram ao “ser médico”, e o que se esperava da disciplina e da caminhada que se teve. Como essa disciplina influenciou na sua vida e na sua formação médica? Como essa disciplina – que tenta desenvolver uma proposta integral e holística – ajudou a aglutinar e interligar o conhecimento fragmentado que foi sendo construído ao longo dos 3 anos prévios de graduação? Para ajudá-los na reflexão, foram utilizadas algumas questões disparadoras/provocadoras.

O aluno foi convidado a produzir o diário de campo a cada final de atendimento ou atividade, produzindo um texto que discutisse algumas dimensões do aprendizado, tais como: (1) o que ele aprendeu com a atividade ou com atendimento; (2) quais as dificuldades que encontrou e (3) quais os facilitadores e/ou potencializadores que encontrou; (4) O que ele sentiu e pensou ao entrar em contato com situações complexas?; (5) Como foi o contato com pacientes, docentes e estudantes?; (6) Como ele articulou todo o processo de aprendizado que teve até aqui com essa experiência? De acordo com a vivência pessoal com a atividade, o aluno registrou suas reflexões no diário de campo, inserindo notas descritivas e notas intensivas. As primeiras diziam respeito à descrição do que foi vivenciado, apontando a descrição do lugar, os movimentos dos atores, o desenrolar do processo. E as segundas envolveram aquilo que o aluno sentiu, o que a experiência mobilizou nele, reflexões, ou seja, os afetos e os pensamentos envolvidos na experiência. (CAPOZZOLO, 2014). Antes do encontro presencial os diários construídos foram lidos, e debatidos os aspectos mais relevantes em uma roda de conversa, nas suas datas de ocorrência. A partir desses discursos, identificamos núcleos de sentido e construímos categorias de análise, visando aprender e refletir sobre a experiência de formação dos alunos, as reverberações, as dificuldades, além de observar os fatores facilitadores do processo de aprendizagem, bem como as dificuldades nesse mesmo processo.

3.1.2. Roda de conversa

A roda de conversa é um recurso que data provavelmente do período Socrático na Grécia antiga (469-399 a.C.). Sócrates era conhecido por propor debates abertos, numa troca de ideia com seus interlocutores, instigando discussões e reflexões acerca de qualidades e virtudes. Uma vez obtidas as informações, as respostas eram confrontadas com as definições adequadas. Portanto, partia-se de uma dúvida-tema iniciando um diálogo a partir de um desconhecimento (real, aparente ou alegado), gerando-se uma primeira opinião, que, quando submetida à crítica, fazia emergir novos saberes, significados, sentidos e concepções. Este processo dialógico ficou conhecido como método aporético. (MELO, 2016)

“O diálogo funcionava como um recurso didático e também como um instrumento (ferramenta) real para fazer aflorar opiniões divergentes. O debate demonstrava que as noções fornecidas necessitavam de revisão constante, para desconstruir crenças falsas na intenção de obtenção de consensos, em busca de um saber prático (ações, propósitos, condutas, resoluções) fundamentado na criticidade.”
(MELO, 2016, p. 302).

A estruturação da roda de conversa ocorre numa lógica horizontalizada, onde se entende que todos são capazes de contribuir e construir saberes, num espaço democrático onde cada aluno pode ser protagonista de sua própria história. Nesse arranjo pedagógico, problematiza-se um determinado tema real a fim de se gerar conhecimento. O tema em geral surge dos diários de campo, e das experiências vividas pelos alunos no decorrer do processo. A geração de uma aprendizagem significativa, ou seja, uma compreensão de significados relaciona-se com experiências vividas pelos participantes da roda, produzindo conhecimento a partir das trocas de saberes entre os sujeitos. (MELO, 2016).

3.1.3. Diário de campo do pesquisador

Um último recurso de coleta de dados utilizado foi o diário de campo do pesquisador, com intuito de se registrar ideias, sentimentos, angústias e

percepções do processo de trabalho de campo e coleta de dados. Segundo Minayo, ele é um “amigo silencioso” que não pode ser subestimado, é pessoal e intransferível, demandando um uso sistemático desde a ida ao campo de pesquisa, até a fase final da investigação. (MINAYO, 2004).

3.2. Organização e análise de dados

Os diários de campo foram lidos e posteriormente debatidos nos encontros em rodas de conversa com o grupo de participantes da pesquisa. A partir da análise dos textos e da análise do conteúdo nas rodas de conversa, observamos e descrevemos fenômenos do processo de aprendizagem, valores, atitudes e vivências dos alunos. A partir da análise de conteúdo dos diários buscou-se uma análise temática dos textos (BARDIN, 1977), à procura de itens de significação comuns que nos apontassem para como se dá a construção e aglutinação do conhecimento adquirido, e o papel da disciplina com proposta integral. Levou-se em consideração – como critério de inclusão do diário na análise e debate em roda de conversa – a qualidade do registro a partir das impressões do aluno, com enfoque especial àquelas em que houve destaque das vivências e das reflexões do estudante na relação com o paciente, bem como na relação com os colegas e com os professores.

Segundo Bardin, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata apenas de um único instrumento, mas de um leque de apetrechos marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. (BARDIN, 1977, p. 31).

O material coletado após a devida transcrição foi organizado em temas e subtemas, com o desmembramento do texto em unidades temáticas, buscando elementos comuns nos diversos textos e discussões, sendo realizado seu agrupamento e a sua discussão pormenorizada.

3.3. Aspectos éticos

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da UNIFESP, após anuência do CUSC. A utilização dos diários de campo, bem como os encontros presenciais para as rodas de conversa foram realizados após autorização expressa dos alunos, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1).

A participação na pesquisa foi voluntária, e os alunos foram devidamente informados, tendo a opção de participar ou não da mesma. Ademais, essa atividade não teve nenhuma relação com o conceito aplicado ao final do semestre para a avaliação dos alunos.

O contato com os alunos deu-se em ambientes diferentes, como sala de aula, campus da faculdade e ambulatório do PROMOVE.

O anonimato dos participantes foi assegurado de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o qual versa sobre as regras e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos.

Ressalto por fim que o aluno tinha a opção de desistir de sua participação em qualquer momento da pesquisa caso não se sentisse confortável com a atividade.

4. DISCUSSÃO E RESULTADOS

4.1. Da percepção do pesquisador

O trabalho de campo foi particularmente prazeroso. A possibilidade de me envolver e participar das histórias dos alunos, entender melhor seus contextos, suas vivências, suas expectativas e angústias, foi uma experiência muito profunda e marcante. Por diversas vezes embarquei nas narrativas dos diários de campo, e revisitei o meu imaginário do “ser médico”, que começou lá em meados de 2002 quando cheguei à faculdade como aluno de medicina.

Interessante observar que mesmo distando algo em torno de 17-18 anos da minha entrada na graduação, para este momento vivido pelos alunos, as histórias são muito semelhantes, e os sentimentos imbricados nelas também o são. Por outro lado, observando com o olhar de docente, e também como pesquisador, é impossível não notar um esgotamento emocional, físico e psíquico dos alunos. A sensação de que o curso já os envolveu de tal forma, tomando uma proporção desmedida na vida deles, parece um “fardo” muito pesado a carregar, ainda em tenra idade acadêmica. Não me recordo de ter sido assim comigo, apesar de lembrar da imensa cobrança.

Poder falar sobre isso, expressar as angústias, expectativas, e vivências foi algo muito salutar, e que os alunos envolvidos na pesquisa apreciaram bastante. Notei que eles têm pouco, ou nenhum espaço para essa “catarse” a que foram submetidos nos momentos das rodas de conversa, e também no momento da elaboração dos diários de campo, a oportunidade de uma reflexão particular e silenciosa própria de quando escrevemos. Nesse sentido, a pesquisa toma inclusive um viés intervencionista, visto que os alunos que participaram da pesquisa, saíram com uma experiência muito diversa daqueles que não tiveram essa atividade, bem como eu, enquanto pesquisador e professor da disciplina, saio com uma experiência muito diversa da dos meus colegas docentes.

A expectativa do “ser médico”, contrasta com a angústia do ainda não sê-lo, e em menor medida com a paradoxal angústia do sê-lo. Explico com um conceito do filósofo Jean-Paul Sartre. Para Sartre a angústia humana reside

no estado da “consciência da responsabilidade, decorrente da infinita liberdade humana” (SARTRE, 1943). O estado do “ser médico”, para o estudante de medicina, é um status almejado a todo instante, mas envolto em um universo de responsabilidades. O médico pode solicitar exames, carimbar receitas, prescrever medicações controladas, realizar procedimentos invasivos, cirurgias, e uma série de outros atos médicos com uma enorme liberdade de oportunidades, trazendo um “heroísmo” implícito por trás desses atos que é o de “salvar vidas”. Porém, todos estes mesmos atos médicos são envoltos por uma enorme gama de responsabilidades e riscos.

4.2. Considerações gerais e organização dos dados

Ao longo da pesquisa, contamos com a participação de 9 alunos, que produziram ao todo 28 diários de campo (média de 3,1 diários por aluno). Foram feitos ainda 04 encontros de roda de conversa, totalizando uma média de 60 minutos por encontro. Paralelamente ao trabalho de campo, um diário do pesquisador foi construído ao longo das atividades, contextualizando sob a ótica do pesquisador, o processo de coleta de dados.

Munido dos dados, partimos para uma minuciosa leitura dos diários, bem como a transcrição das rodas de conversa e sua análise de conteúdo, a fim de descobrir os núcleos de sentido que compuseram a comunicação cuja presença ou frequência significassem alguma coisa para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2000), seguindo o roteiro abaixo:

1. Preparação das informações;
2. Unitarização do conteúdo em unidades de significado;
3. Categorização das unidades de significado em categorias;
4. Descrição;
5. Interpretação.

Conforme os textos, as ideias, angústias e problematizações iam surgindo, foram estabelecidos temas que se repetiam nos diários e categorizamos em categorias não-apriorísticas:

1. Vivências/Sentimento
2. Oportunidade de aprendizagem;
3. Cenário de prática;
4. Comunicação clínica
 - a. Relação docente-aluno;
 - b. Relação aluno-aluno;
5. Desconfortos;
6. Reflexão sobre a prática.

No decorrer da dissertação e da análise dos dados, inserimos trechos extraídos dos diários de campo, bem como das rodas de conversa. A primeira roda de conversa contou com a participação expressiva dos 9 alunos e, contrariando as minhas expectativas, foi muito rica e frutífera. A segunda roda de conversa já foi realizada com cerca de 7 alunos, também com debates e relatos muito contundentes. A terceira contou com 5-6 participantes, e a última – ocorrida na última semana de aula, em semana das provas finais – contou com a participação de apenas 4 alunos. Detalho esses arranjos das rodas, para justificar que a esmagadora maioria dos excertos ao longo da dissertação, fazem menção a primeira ou segunda roda de conversa. Após análise desses 2 encontros, temos dois fenômenos: a saturação natural da amostra e, portanto, dos resultados; a participação menor dos alunos em razão das atividades acadêmicas que estavam inseridos.

4.3. Vivências / Sentimentos

Ao longo da graduação o estudante de medicina é exposto a diversas situações na relação professor-aluno, aluno-aluno, e aluno-paciente, e tais situações moldam, em menor ou maior grau, o “ser médico”. O presente estudo não se propõe a analisar em profundidade o impacto destes sentimentos na formação médica, mas é salutar destacá-los enquanto agentes influenciadores, considerando que o aluno é um ser social complexo, em suas diversas facetas, conforme destacamos na introdução deste estudo.

O neurocientista Antônio Damásio, em sua obra “O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano” nos aponta para a influência dos sentimentos e das emoções no conjunto de reações corporais. As situações externas que são vivenciadas, afetam nossas emoções, levando a sentimentos (“sensações”) que são experimentadas pelo corpo (aumento dos batimentos cardíacos, aumento da respiração, elevação de peptídeos neurais, etc). Os sentimentos são essencialmente internos, e as emoções podem ser fruto de uma autopercepção externa, sendo que um influencia a produção do outro. Considerando a complexidade de situações a que o aluno de graduação é exposto, pode-se inferir a gama de emoções que eles experimentarão, que por sua vez influenciarão nos seus sentimentos. Posto isto, um ambiente acadêmico tradicional onde não se têm momentos para se explorar as emoções e sentimentos vivenciados pela geração do conhecimento (seja esse conhecimento teórico [aulas], seja da experiência com a prática [estágios]), reduz o potencial de aprendizagem afetiva (inteligência emocional⁹). Por conseguinte, perdemos a oportunidade de construir profissionais mais capazes de lidar com o afeto, e com sentimentos de ordem geral. (DAMÁSIO, 2012)

Kaluf e cols, em seu estudo “Sentimentos do estudante de medicina quando em contato com a prática”, contraria o estudo citado ainda na introdução (“*The devil on the third year*”, Mohammadreza 2009). Mohammadreza afirma que o nível de empatia dos alunos de graduação vai decaindo progressivamente a partir do terceiro ano, e no 5º e 6º ano o nível de empatia do graduando se assemelha a de um profissional formado há 10 anos. Kaluf analisou alunos do primeiro, terceiro e quinto anos, buscando a partir de entrevistas semi-estruturadas mapear os sentimentos que surgiam nos alunos: medo, empatia, frustração, impotência, raiva, etc. Empatia foi o sentimento verbalizado por cerca de 67% dos alunos no primeiro e terceiro anos, e cerca de 65% dos alunos do quinto ano (KALUF et al, 2019). Isso demonstra que ao contrário do que se afirmou Mohammadreza, a empatia se manteve “estável” ao longo da

⁹ Entenda-se por inteligência emocional a “habilidade para reconhecer o significado das emoções e suas inter-relações, assim como raciocinar e resolver problemas baseados nelas. A inteligência emocional está envolvida na capacidade de perceber emoções, assimilá-las com base nos sentimentos, avaliá-las e gerenciá-las” (MAYER, CARUSO, SALOVEY, 2000, p. 267).

graduação, alterando-se muito pouco, se considerarmos uma margem de erro para os resultados.

Analisando os diários de campo dos alunos, bem como as rodas de conversa, percebe-se uma grande variedade de sentimentos, mas alguns com ocorrência mais frequente e que merecem destaque.

4.3.1. Medo

O medo é um sentimento que inicialmente pode ser visto como algo “negativo”, como um “acovardamento” ou uma insegurança. Em grande parte, é assim que os alunos se sentem ao longo da graduação: com uma incômoda sensação de insegurança diante do volume de estudos, carga horária extenuante, diversas grades de estágio, e uma “busca pela perfeição”, o medo de errar, e de que este erro seja causa de dolo ou morte de alguém. Por outro lado, vejo esse medo como algo “positivo”, ou como algo que possa ser explorado positivamente. O medo faz com que pensemos melhor, trazendo certa cautela, e uma maior contemplação das consequências de nossas escolhas. Essa análise, por conseguinte, pode fazer justamente com que se erre menos! Ou seja, o “medo” inicial, a “insegurança”, o tal “acovardamento”, força-te a revisitar suas opções e escolhas, que por sua vez, podem te levar a fazer decisões mais acertadas. Esse mesmo medo surge no diário do pesquisador, e também nos diários dos alunos com contextos um pouco diferentes, mas que demonstram igual insegurança e inquietação diante do objetivo final dessa jornada acadêmica, o “ser médico”:

“Eu quero ser uma boa médica, tenho medo de não ser, medo de fracassar, de errar, e poder discutir isso mesmo em forma de escrita me fez crescer. A escola médica é muito falha quando falamos sobre nós mesmos, nossas emoções, o que sentimos em cada etapa.” (Aluna II diário de campo IV)

Entendo que o medo faz parte do novo, do desconhecido, do imprevisível, mas vejo que essa “inquietação” causada pelo medo, desde que não seja excessiva e não produza paralisia, pode ser algo extremamente positivo

e pode ser canalizada e retraduzida como um zelo, trazendo um cuidado adicional na tomada de decisão, podendo impactar positivamente nos desfechos.

4.3.2. Empatia

A empatia é outro sentimento que surgiu com grande frequência nos diários de campo, por vezes, no sentido de “se colocar no lugar” de outrem. Nem sempre o “colocar-se no lugar” ficou claro. Às vezes, percebe-se uma sensibilidade inata, quase como se o aluno estivesse vivenciando a moléstia ou o desconforto daquele paciente. Os estudos são todos consensuais ao admitir que a empatia é uma habilidade essencial para aumento do vínculo, nas relações interpessoais e é uma condição *sine qua non* para a inteligência emocional.

“...o paciente veio encaminhado da psicologia, percebemos ele tímido e retraído durante a consulta e tentamos deixar com que o ambiente se tornasse mais confortável para ele; nos colocamos no lugar dele e construímos nossa linha de raciocínio levando em consideração não somente os sintomas físicos, mas todo o ambiente em que o adolescente estava inserido”. (Aluna VIII, diário de campo I)

“Terminamos o atendimento e chamamos o professor que começou a colocar as agulhas de acupuntura em Terezinha, enquanto nos explicava o que estava fazendo. Ao término, nos pediu para deixarmos ela sozinha por 20 minutos. Antes de sair da sala, lembrei-me de todo aquele sofrimento que ela relatou no início da consulta e tive uma ideia para potencializar o efeito terapêutico daquele atendimento. Saquei meu celular e busquei uma música que uso para meditação. Perguntei a ela se poderia colocar uma música para que ela relaxasse e, com seu consentimento, deixei o celular próximo à maca e a orientei para que fechasse os olhos, se concentrasse na música e relaxasse. Queria deixar o ambiente mais agradável e acolhedor pra ela, como eu gostaria que fosse pra mim se estivesse sendo atendido.” (Aluno V, diário de campo II)

Empatia é então uma habilidade desejável ao estudante de medicina, e ao futuro médico, auxiliando em uma melhor percepção e compreensão dos afetos, melhorando a comunicação clínica, e conseqüentemente a adesão terapêutica. Na obra “O livro dos ressignificados”, o poeta João Doederlein conceitua a empatia como sendo “não sentir pelo outro, mas sentir com o outro. Quando a gente lê o roteiro de outra vida. É ser ator em

outro palco. É compreender e não dizer 'eu sei como você se sente'. É quando a gente não diminui a dor do outro. É descer até o fundo do poço, e fazer companhia para quem precisa. Não é ser herói, é ser amigo. É saber abraçar a alma." (DODERLEIN, 2017, p. 82).

Ser empático é diferente de ser simpático, embora ambas as características sejam desejáveis ao médico. Considerando o momento de formação dos alunos (estudantes do terceiro ano), é de se esperar que eles estejam cheios de anseios e expectativas acerca do maior contato com os pacientes. Entretanto, na prática vemos (felizmente) muitos alunos de fato com essas características, mas outros tantos já carregando consigo certa aspereza, e até mesmo uma certa indiferença com os pacientes, um cenário no mínimo preocupante.

4.3.3. Impotência / Frustração

Impotência e frustração são sentimentos que assombram o estudante de medicina e mesmo aqueles médicos mais experientes. A fragilidade do corpo humano diante de tantas doenças e mazelas, ou mesmo da inexorável velhice e da morte. Ao estudante de medicina, ainda tenro em conhecimentos, avançando na vida acadêmica, cabe a constante lembrança de nomes, epônimos, doenças, tratamentos, protocolos, fluxogramas, e outros tantos conceitos frequentemente e instantaneamente requisitados. A famigerada busca da perfeição e do contínuo saber, onde a falha e o esquecimento são duramente cobrados e penalizados.

Há uma violência implícita e quase intrínseca nesses dois sentimentos. Ambos carregam um "sofrimento" em si próprios. Há também uma violência, ora sutil, ora explícita, no modo de ensinar, que pode majorar ou escancarar a frustração e a impotência. Destaco dois excertos para trazer luz a questão:

"Por fim, nessa consulta me senti impotente, mas principalmente pensativa, quantas pessoas será que passam por essa mesma situação? Eu imagino que muitas. Meu principal pensamento enfim foi: nossa saúde mental e das pessoas em nossa volta têm que estar praticamente em perfeito estado se não levamos a nossa saúde física

para o 'buraco'; o que me ensina que nas próximas consultas devo também questionar de verdade sobre a saúde mental do paciente e de seus familiares porque o problema pode não estar na alimentação, por exemplo, pode ser bem pior que isso.” (Aluna IX, diário de campo III)

“A mulher tinha vertigem. E, aí, a professora queria que a gente falasse se era uma vertigem central ou periférica. E queria que a gente tivesse feito uns testes na mulher para descobrir se era central ou periférica. E a gente não sabia nem que existia central e periférica, muito menos que existiam testes para fazer. E ela, tipo, humilhou a gente na frente da paciente. Que daí a gente ficou, tipo, tentando (daquele jeito, né?), meio na enrolação. Aí ela virou e falou assim: — ‘Vocês estão falando muita porcaria. Vocês não sabem o que estão falando’, coisa assim: — ‘Vocês precisam estudar mais!’. Deu o maior esporro na gente, na frente da mulher.” (Aluna VI, Roda de Conversa I).

Nota-se uma violência cíclica no processo de ‘ensinagem’, e que em certo momento se “auto-justifica”, por meio deste mesmo caráter cíclico (“eu sofri e fui humilhado, mas no final aprendi. Então devo fazer sofrer e humilhar para que outros tantos aprendam como eu. Se deu certo para mim, é assim que tem que ser.”). Alguns alunos podem utilizar-se disso como um combustível para continuar aprendendo e seguindo em frente. Outros, contudo, podem frustrar-se e ter seus sonhos cerceados por um “bem intencionado” (no sentido em que visa “auxiliar” o desenvolvimento do aluno) rompante belicoso. Citando Paulo Freire, “quando a educação não é libertadora, o sonho do oprimido é tornar-se o opressor” (FREIRE, 1987).

Noutro aspecto, considerando a maneira que ensinamos (e condicionamos) os alunos, supomos transferir um conhecimento por vezes automatizado, que os graduandos recebem de forma igualmente automatizada, e repetem sem muitas vezes refletirem no que estão fazendo. Tal processo é um engodo, considerando que não há aprendizagem real no mero “informar”. No máximo temos indivíduos “informados”, com uma opinião recebida pronta, sem qualquer singularidade de aprendizagem. Aplicamos questionários engessados, copiam-se receitas, recitam tratamentos e protocolos igualmente engessados, focando na doença, ignorando que por trás daquela moléstia, há um paciente, que é filho(a), esposo(a), pai, mãe, ou simplesmente o “amor” de alguém, dentro dos seus vários papéis sociais. Outrossim, ensinamos focando em conteúdos e programas, desconsiderando ou ignorando, que por trás daquele módulo obrigatório, há um aluno que é filho(a), esposo(a), pai, mãe, ou simplesmente o

“amor” de alguém, dentro dos seus vários papéis sociais. A medicina deve ser centrada na pessoa (e não na doença em si), assim como o ensino deve ser centrado no aluno (e não no programa em si). De outro modo, geramos distorções, que só são percebidas quando vencemos a educação bancária (FREIRE, 1987), e damos ao estudante a oportunidade de refletir sobre aquela prática e efetivamente vivenciar a experiência (BONDÍA, 2002):

“Tanto que acho que, às vezes, eu me sinto meio inútil quando eu começo a perguntar (...) O cara veio com uma dor nas costas, e eu estou perguntando se o xixi dele está quente, entendeu? Aí, eu começo sei lá... a hora de fazer o ISDA¹⁰, para mim, é uma hora que eu tenho vontade de dar um tiro na cabeça. Porque que falo: — “Meu, esse cara não reclamou de nada disso, por que que eu estou perguntando de ‘dor de cabeça’, ‘dor atrás do olho’, ‘está vendo um pontinho branco?’” (Aluno V, Roda de Conversa II)

Ao tornar-se um mero inquiridor, por vezes trazendo à tona questionamentos que não fazem conexão com o universo explorado, o aluno não tem uma experiência genuína segundo a lógica conceitual de Bondía. Paciente vem para consulta com uma dor de cabeça, e começamos a questionar se dói também o pé, se ele tem dificuldade para respirar, se sente palpitações, dor abdominal, diarreia, etc, tudo para cumprir um roteiro pré-estabelecido. Desse modo o aluno perde a oportunidade de ter uma experiência real, que segundo Bondía, “a experiência é aquilo que nos acontece”. Ao perguntarmos uma série de questões sem que aquilo faça sentido, ou gere saber, “nada nos acontece”, “nada nos passa” e perde-se aí uma oportunidade de experiência legítima (BONDÍA, 2002).

Observe que mesmo diante de uma anamnese estruturada, com pouca margem para invenções e exotismos, nota-se um certo “despertar” interior de que aquele modelo sistematizado pode não contemplar a dimensão daquela consulta, ou desviá-la desnecessariamente do foco inicial. Nesse sentido, uma anamnese orientada por problemas, dentro de uma lógica de entrevista centrada na pessoa parece fazer mais sentido para os alunos, visto que o ISDA foi pensado em um universo de entrevista centrada em doenças.

¹⁰ Interrogatório/Inventário Sintomatológico dos Diversos Aparelhos. Trata-se de uma parte da anamnese em que se faz perguntas sistematicamente, revisando por órgãos ou sistemas, com a finalidade de se revisar e se certificar de que o paciente não deixou de dizer nada ao médico.

4.3.4. Satisfação / Realização

A satisfação e a realização sem dúvida são os objetivos mais frequentemente encontrados por detrás de cada formação. Qualquer indivíduo que busca tornar-se um especialista em um determinado assunto, tem imbuído em si mesmo o alvo da satisfação e da realização pessoal/profissional. O sonho do “ser médico”, em grande parte é nutrido por este objetivo: sentir-se satisfeito e realizado em ajudar as pessoas, minimizar o sofrimento diante da doença, mitigando sempre que possível a causalidade do adoecer. Há também aqueles que fizeram a escolha pela carreira quase de maneira “testamentária”: “meu avô era médico, meu pai era médico, logo escolhi a medicina”. Há outros ainda que o fazem por status, por um equivocado desejo de poder, ou por uma suposta nobreza vestal implícita na profissão. Quero crer (ingenuamente talvez) que a maioria o faz por suposta vocação, e pelo desejo de se atuar e impactar positivamente na vida das pessoas:

“Fiquei extremamente feliz em saber que ajudamos o paciente a entender a nossa conduta. Pedimos que ele colocasse a folha próximo ao filtro de água ou então na geladeira, dessa forma, ficaria fácil de visualizar e certamente ele se lembraria. Foi uma consulta extremamente proveitosa, acredito que veremos resultados benéficos tanto nos níveis pressóricos quanto nos níveis de colesterol.” (Aluna IX, diário de campo II)

Interessante observar que nem sempre a satisfação reside necessariamente em saber tratar doenças, ou realizar procedimentos terapêuticos. A satisfação e a realização podem vir de lugares muito simples, partindo de “tecnologias leves¹¹”, de onde menos se espera, como no simples (que nada tem de simples) escutar:

“No fim das contas, o professor pediu alguns exames e não fizemos ‘nada’ e foi o ‘não fazer nada’ mais gostoso e gratificante da minha vida acadêmica. Ele nunca teve um bom relacionamento com os médicos,

¹¹ Merhy considera que as tecnologias de produção do cuidado em saúde subdividem-se em três categorias: as tecnologias leves, referentes a relações de produção de vínculo, acolhimento e gestão dos processos de trabalho; as tecnologias leve-duras, relacionadas aos saberes já estruturados, tais como a clínica médica e a epidemiologia; e as tecnologias duras, representadas pelos equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais. (MERHY, 2005)

nunca confiou, nunca entendeu porque mandavam ele tomar tanto remédio assim. Não fazer nada naquela consulta foi um passo enorme para ele entender que estávamos ali para ajudá-lo, para fortalecer nossos laços e para que nas próximas consultas ele possa ouvir sobre o que precisa fazer para se cuidar e realmente fazer, confiando que isso é o melhor para ele. Ganhamos um sorriso, um abraço, um elogio, um agradecimento por toda a atenção que demos para ele, e um até breve.” (Aluna II, Diário de Campo III)

A satisfação dos alunos nem sempre vem atrelada a um “saber” específico, ou uma habilidade em si. Às vezes conduzir o paciente até a recepção, auxiliá-lo a memorizar as medicações, ou orientá-lo sobre exames e/ou procedimentos, pode ser um estopim inicial para desencadear a sensação de bem estar e de realização. O desejo de ajudar o outro, ou de simplesmente “fazer o bem” pode inadvertidamente estar intimamente imbricado em uma base moral religiosa, mas também nos remonta a um pensar coletivo, e um senso de comunidade.

4.4. Oportunidade de aprendizagem

Embora a IASC tenha sido uma disciplina idealizada na tentativa de trazer um olhar integral para o indivíduo, inserindo os alunos em cenários de prática desafiadores logo no início da graduação, há um preconceito latente entronizado nos estudantes que chegam no IASC-VI. Isso se dá em grande parte por uma disciplina teorizada em muitos módulos, com uma fragmentação setorizada (IASC-I, IASC-II, IASC-III, etc), que peca em ser repetitiva. Somente no IASC-VI – disciplina foco do presente estudo – é que os alunos terão um contato genuíno com a prática, sendo protagonistas dos atendimentos, treinando efetivamente as habilidades adquiridas com a anamnese e propedêutica.

É sempre recorrente observar a postura com que eles iniciam a disciplina (ressabiados, enrijecidos, com um contínuo enfrentamento), e como ficam a vontade e agradecidos (a maioria pelo menos), com o passar do semestre.

“Eu não gostava de IASC até esse semestre, sempre o mesmo repeteco, parecia que os professores não se conversavam e nós ficávamos ouvindo a mesma coisa sempre. Então devíamos acertar todas as questões na prova né, mas não era isso que acontecia, nunca

foi. Não fazia sentido nas nossas cabeças nada do que víamos. Não fixávamos, era difícil de estudar. Esse semestre foi diferente, a prática fez colocarmos todas aqueles ensinamentos no cotidiano, ficou simples, fácil. Eu comecei a refletir que médica eu queria ser. Desse semestre o que eu ressalvo foi o contato maior com o paciente, começar a entender o que ele sente, como se comporta com as notificações, porque ele faz ou deixa de fazer. Os atendimentos foram mais intensos, mais complexos. Passei a gostar de IASC, pela paixão que via nos professores. (...) Esse ano me abri para uma medicina que eu nunca tinha entendido antes, não acho que vou me especializar nisso e trabalhar com medicina da família o resto da vida, mas a compreensão, o cuidado integral, o ouvir que a medicina da família me ensinou, eu vou levar para o resto da vida. (...) De todo o aprendizado desse semestre o de ouvir, apenas ouvir, esse foi o melhor, esse que eu quero para minha vida.” (Aluna VII, Diário de Campo IV).

Apesar do esforço contínuo, o objetivo inicial do IASC não é obtido em sua totalidade, mas é notório que no IASC-VI temos a oportunidade de catapultar esse objetivo e torna-lo mais factível: formar um médico mais humano, mais “ouvinte”, e mais sensível a plenitude do adoecer e do cuidar.

Mesmo com avanço dos currículos médicos ao longo das últimas décadas, a estrutura basilar da matriz curricular ainda é muito similar a da primeira turma de medicina do Brasil, formada há aproximadamente 180 anos: módulo básico, clínico e internato. O IASC-V, disciplina imediatamente anterior ao IASC-VI, é um módulo eminentemente teórico, e de fato os alunos sentem que “estão perdendo tempo” revisitando conceitos do SUS, princípios da atenção primária, etc. Nesse sentido, o IASC-VI, por ser uma disciplina eminentemente prática, é uma oportunidade singular de aprendizagem, que insere o aluno em cenário de atendimento rico, mas que perde muitos elementos da atenção primária, levando a uma certa descaracterização e um distanciamento deste ambulatório com os demais equipamentos da atenção primária.

4.5. A consulta no PROMOVE

Considerando o PROMOVE como uma unidade de ensino em serviço, num ambiente privilegiado de um ambulatório escola, percebe-se algumas fragilidades no modelo. Isso porque o volume de pacientes é reduzido, oportunizando uma anamnese mais completa – não necessariamente melhor, visto que grande parte das informações coletadas nas anamneses estruturadas,

por vezes não tem relevância clínica naquela consulta (paciente veio por uma dor no pé, e o aluno questiona se o paciente tem rinite, ou tosse, ou dor de cabeça, não havendo necessariamente conexão com o caso estudado, mas sim apenas uma forma de se cumprir um roteiro pré-definido). Porém, esse número reduzido de pacientes, também reduz a possibilidade de aprendizado, visto que temos um número grande de alunos por paciente. Isso é percebido por eles e aparece por várias vezes ao longo dos diários, bem como das rodas de conversa. O desafio e as limitações em atender em grupo:

“Tínhamos apenas ele de paciente nesse dia, logo, a sala ficou cheia e alguns colegas acabam não participando por acharem que ‘não tem o que fazer’. Sempre tentamos dividir todas as tarefas, mas talvez a ‘super lotação’, de alunos seja algo que a gente sempre vá precisar lidar.” (Aluna VII, diário de campo III).

“E não só o paciente, eu acho. Eu acho que como a gente atende em grupo, a nossa interação, também, às vezes (uma coisa que eu acho, que eu sinto), uma coisa que o outro faz, que me atrapalha um pouco o raciocínio, que eu ‘tava’ seguindo um raciocínio, e, aí, a pessoa vai lá e pergunta outra coisa que me quebra, e, aí... então... isso também... interessante...” (Aluna III, Roda de Conversa I).

“Todos se esforçaram para colher a história e exame físico da paciente. Atendi com mais 2 colegas, o que facilitou o atendimento, porque quando a sala está cheia de alunos (às vezes algum paciente faltou), muitos ficam distraídos, mexendo no celular e isso acaba sendo desrespeitoso ao paciente.” (Aluna IX, Diário de Campo III)

Por outro lado, tivemos grupos que não se incomodaram com o número de alunos em sala, ao contrário, souberam lidar bem com as diferenças interpessoais, usando inclusive essas diferenças como agentes potencializadores para a consulta, vislumbrando outras nuances do adoecimento, oportunizando mais olhares sobre o atendimento em questão:

“Meus colegas foram ótimos, logo de início percebemos que se tratava de uma paciente muito tímida e tentamos nos adaptar para ter a melhor consulta possível. O exame de membros inferiores fizemos dentro do banheiro apenas uma colega e a paciente (a G. e a paciente), pois ela estava com uma meia calça por baixo da calça e não queria tirar na frente de todos nós. Tentamos fazer brincadeiras durante a consulta, fazer a paciente rir e se sentir mais confortável para conversar.” (Aluna VII, Diário de campo IV).

“Com os colegas e professora foi incrível porque houve um espaço para discussão, nosso grupo não concordou totalmente na forma de

tratamento mas discutimos, vimos pontos de vista diferentes isso foi ótimo. Quando estamos sozinhos temos apenas a nossa opinião, em grupo temos diversas opiniões e isso é muito enriquecedor.” (Aluna VII, Diário de Campo III)

Trabalhar em grupo é sempre um desafio, o conflito de opiniões, o contraditório, as divergências, mas sem dúvida é também uma oportunidade de ampliação do debate, de se vislumbrar outros caminhos, e perceber novas soluções. Um grupo pode ser muito potente na construção do saber, mas isso impacta na habilidade do docente em ser um apoiador do processo de aprendizagem, e saber conduzir essas diferenças, fluindo com as resistências, evitando partidarizar as discussões e promovendo o debate.

“(...) a formação de profissionais de saúde nos ensina que os sentidos compartilhados são mais potentes, e que a elaboração conjunta destes últimos tem uma eficácia maior que a da prescrição técnica unilateral.” (CAPOZZOLO, 2014, p. 453)

Outro aspecto importante deste cenário de prática (o PROMOVE) é sem dúvida a ausência do território e do trabalho em rede. Como não há território definido, perdemos aí uma característica da atenção primária que auxilia muito na criação do vínculo, bem como no melhor entendimento sobre a dinâmica de vida daquele indivíduo, uma vez que se conhece o ambiente onde ele está inserido. Isso foi percebido por alguns alunos, e apareceu de maneira complementar as problematizações que foram produzidas nos diários de campo.

“Achei bem complexo entrar em contato com essa situação porque ficamos de mão atadas, não tem como eu ir todo dia na casa do G. pra cozinhar coisas saudáveis e interativas para ele se alimentar melhor, não tem o que eu faça para tirar o trauma dessa mãe e sua outra filha de ter apanhado do marido. E a importância da atenção primária entra novamente aqui, onde essa família mora. Por que não levamos mais informações sobre a violência doméstica? Mais campanhas contra todas as drogas e a importância da boa alimentação desde quando as crianças são bem pequenas, até mesmo na escola? É um erro estrutural.” (Aluna IX, Diário de Campo III).

Interessante observar que os próprios alunos percebem essa carência no IASC-VI, embora não tenham a clareza para nominá-la. Importante ressaltar que ao longo de toda disciplina IASC (lembrando que ela se inicia no IASC-I, chegando até o IASC-VIII), os alunos terão outros estágios em Unidades

Básicas de Saúde, inseridos no SUS, oportunizando contato com unidades que contemplem todos os princípios da atenção primária, experimentando a riqueza de atuar em um território com população adstrita bem definida. Por fim, como o semestre é curto, e o número de pacientes por semana é reduzido, nem sempre os alunos conseguem ver o retorno do mesmo paciente, de modo que o PROMOVE deixa de contemplar outro princípio da APS: a longitudinalidade.

“A gente não vê a pessoa melhorar. A gente só pega a doença. A gente pega o quadro pior da pessoa do que quando ela está aqui, e, depois, a gente não vê ela virar e falar: — ‘Olha, eu melhorei!’ (...) É frustrante não ter esse retorno.” (Aluna III, Roda de conversa III).

A riqueza do ambulatório enquanto equipamento oportuno de ensino, esbarra na ausência de princípios essenciais da atenção primária. O contato precoce com o paciente deveria ser, portanto, uma fonte de aprendizagem e um diferencial, fruto dos avanços e conquistas pelas quais passou a matriz curricular médica. Percebe-se, no entanto, a partir da análise de trechos dos diários e das rodas de conversa, que a ausência desses princípios é um fator de angústia e inquietude aos estudantes de modo geral.

4.6. Comunicação clínica

A habilidade de se comunicar é um diferencial para qualquer indivíduo, seja no ambiente de trabalho, acadêmico ou familiar. Somos seres sociáveis, e a comunicação é em grande parte responsável por isso. Embora a comunicação e a linguagem sejam elementos quase inatos, adquiridos de forma bastante natural, o “fazer entender” é diferente da simples comunicação. O entendimento final do que se fala, cabe a quem escuta. Contudo, ao interlocutor, cabe proporcionar todos os elementos – verbais e não verbais – para a completa compreensão do ouvinte.

Trabalhar em grupo exige certas habilidades, e dentre estas, a capacidade de se comunicar de maneira efetiva. A comunicação é o pilar basilar das relações, e a relação interpessoal (aluno-aluno, docente-aluno, e aluno-paciente) dar-se-á por meio da comunicação.

4.6.1. Aluno-aluno

A dinâmica dos grupos nas atividades práticas é influenciada por papéis que se alternam e se complementam. Ora um aluno realiza anamnese, e o colega examina, ora outro aluno assume este papel, e o rodízio vai ocorrendo com um fisiologismo pré-concebido. Há uma certa coletividade no trabalho em grupo, mas é possível notar com clareza também alguma competitividade, levando a um certo individualismo. Um aluno que estudou mais um determinado tema acaba se sobressaindo nas discussões, e ele pode tanto carregar o grupo consigo, como tentar se desvencilhar do grupo no sentido de se destacar sozinho.

Ademais, em virtude de vivências pessoais, e até mesmo a expectativa com o “ser médico”, o aluno pode se interessar mais por este ou aquele caso, a depender da doença e da história do paciente (alguns alunos ficam mais atraídos por pacientes pediátricos, outros preferem casos cirúrgicos, etc.). Isso pode tanto despertar o interesse no aluno, como minimizá-lo. Em tese, todos os casos são importantes (ou deveriam ser), afinal, nossa intenção é formar um generalista preparado para diversas situações complexas. Na prática, contudo, percebemos uma certa predileção por este ou aquele caso, como se o aluno estivesse em um “*buffet self service*”. Também não raro, um indivíduo do grupo deseja atender um determinado paciente, em razão do perfil do caso, mas o restante do grupo discorda, e deseja atender a outro paciente (lembrando que os grupos têm uma média de 6-9 alunos, que serão divididos entre 2 ou 3 pacientes).

“De início eu me senti atraída pelo caso e queria atendê-lo, mas eu sempre faço atendimento com a R., J. e com a G., e elas não queriam atendê-lo para evitar conflitos e estresses ficamos com o outro paciente, porém, mesmo assim eu decidi fazer o relato deste paciente, pois, mesmo sem atendê-lo foi um paciente que me acrescentou muito.” (Aluna VI, diário de campo 4).

“Eu inclusive fico bem brava. Quando algum colega começa a querer pagar de ‘bonzão’: — ‘Mano, você não é médico, meu amigo!’ (...) E isso acontece bastante no nosso grupo, a R. sabe. No meu grupo é difícil.” (Aluna VI, roda de conversa III).

“Tem grupos mais fáceis, e grupos mais difíceis. O grupo D tem alunos brilhantes, mas é notório que há um conflito entre eles. A J. é muito

ditatorial. Ela manda e desmanda, e o grupo acata para evitar conflitos.” (Diário do pesquisador, página 4)

Trabalhar em grupo requer maturidade, resiliência e uma certa “liderança” (que pode surgir dentro do próprio grupo, ou ser apontada por um tutor). Idealmente o grupo deve ser democrático, e potente ao passo que a fragilidade de um, seja complementada pela habilidade de outro e vice-versa. Operacionalizar essa capilaridade entre os grupos, auxiliando nos distanciamentos e nas aproximações é realmente algo desafiador.

4.6.2. Aluno-docente

A relação aluno-docente é uma relação sublime. O aluno se espelha no docente, e busca por vezes aprovação, admiração, e vislumbra no professor o “ser médico” futuro. Somos uma espécie de espelho, e nossas ações e atitudes podem impactar positiva ou negativamente na construção do futuro médico. Kaluf e cols, afirmam que “os professores, preceptores e até os profissionais já formados servem como modelos para a formação profissional, e mesmo pessoal dos estudantes; o estado emocional daqueles tem forte impacto em tal processo. Portanto, o convívio com referenciais que apresentem carga emocional negativa pode contribuir para a perpetuação de uma cultura de desgaste em relação à profissão e para o aparecimento precoce dos sintomas de *burnout* ou outras desordens mentais.” (KALUF *et al*, 2019)

“O fato de ser o professor T. nos ajudou muito, estávamos mais confiantes, já conhecíamos o T. desde o semestre passado, sabíamos seus métodos de abordagens. Ele é alguém de quem tenho muito carinho, não só pelo fato de ser do Piauí, assim como minha família, mas também pelo seu jeito de ser; o Dr. T. é uma pessoa muito boa, escuta os pacientes com muita calma. Além de ser um grande médico e um professor incrível, sempre elogia nosso trabalho, mesmo quando estamos errados: ‘muito interessante sua colocação, parabéns pelo seu pensamento, mas acho que não é bem esse o quadro clínico desse paciente...’, professores que nos motivam e valorizam nossas atitudes são raros na medicina; começar Medicina de Família com o Dr. T. realmente foi algo muito bom, que nos deu muita confiança.” (Aluna VI, diário de campo II)

Por outro lado, a relação dos alunos com os docentes, sofrem interferências diversas: relação de poder (via de regra verticalizada) em razão

dos papéis sociais exercidos no meio acadêmico; avaliação por nota, em detrimento da valorização do conhecimento/experiência adquiridos; timidez, introspecção, que podem ter relação com a capacidade de comunicação/interlocução e até mesmo maturidade; desejo de aprovação e reconhecimento, entre outras. Essas interferências impactam na forma como eles relacionar-se-ão com a disciplina, dispendendo mais ou menos tempo no sentido de atingir o que se julga necessário para aprovação na disciplina, e em parte também pela aprovação pessoal do docente.

“É! Então, se eu ficar enrolando, ou se eu perder tempo com uma coisa que o professor não quer saber, eu vou perder nota [ao passar o caso ou colher a história clínica]. Então, acho que essas coisas de ‘nota’, de ter [que tirar nota] faz parte do método de ensino.” (Aluna IX, roda de conversa I)

“Esse semestre temos mais um professor na disciplina que não estava previsto inicialmente. Tivemos que improvisar e criar o grupo ‘X’. Pegamos 1-2 alunos de cada um dos 6 grupos e criamos um grupo novo. Não sei se foi uma primeira impressão, mas me pareceu um grupo particularmente desinteressado, e pouco participativo. Talvez estivessem tímidos ainda por não me conhecerem, ou talvez por não terem intimidade entre si. Mesmo quando inquiridos a falar, durante o ‘role playing’¹² o tema não fluía de maneira produtiva.” (Diário do pesquisador, página 5).

Outrossim, novamente nessa relação aluno-docente, percebemos situações de violência, ora implícitas, ora explícitas, certamente perpetuando uma violência previamente vivida. Isso torna o ambiente pouco favorável ao desenvolvimento de uma inteligência emocional adequada ao exercício da compaixão (no sentido de “sentir com” o outro), tão necessário diante da contemplação do sofrimento de outrem. Ademais, pode levar a uma evitação de conflitos dialógicos ou discordâncias de conduta e postura com o docente, o que, por conseguinte, gera um empobrecimento do ambiente problematizador acadêmico.

¹² Segundo Rabelo, o *role-playing* “pode ser definido como uma técnica na qual alunos são convidados a atuar em determinado contexto, interpretando papéis específicos. Solicita-se aos alunos que atuem de acordo com o esperado em sua situação real. Como resultado da encenação, todos os alunos envolvidos na atividade irão aprender algo sobre a situação, o contexto proposto e/ou os personagens.” (RABELO, 2015)

“E da humilhação também, de, tipo, você esquecer alguma coisa e esculachar você porque você esqueceu desse negócio.” (Aluna II, roda de conversa I).

“Hoje atendendo uma paciente com a ‘turma A’, a paciente era hipertensa e tinha um antecedente de dislipidemia. Conversando com os alunos sobre o cuidado integral, e exames de rastreamento para paciente, a aluna J. defendeu veementemente de que solicitar exames para a paciente não seria um papel do médico de família, e talvez até sinal de má prática. Que se não houvesse demanda da parte do paciente, não deveríamos ‘criar essa demanda’, obedecendo a um automatismo médico. A aluna foi muito incisiva, até um pouco grosseira, o que me gerou profundo desconforto. Não pelo confronto em si, mas pela forma como ela disse na frente de todos os outros. Somente pelo fato da paciente ser hipertensa, já teríamos indicação de alguns exames de rastreamento de lesão de órgão alvo. A aluna ainda assim não concordou, e disse ter aprendido diferente no semestre anterior com a outra professora (que eu conheço e estimo muito! Tenho certeza que ambos falamos a mesma língua enquanto médicos de família). Fiquei pensativo sobre a abordagem da aluna. Independente dela ter ou não razão, faltou traquejo, maturidade e habilidades intrínsecas de comunicação. Parte dos objetivos dessa disciplina é conseguir vencer a barreira do automatismo clínico (uma anamnese cheia de perguntas e respostas num modelo engessado), e despertar e modelar a habilidade de comunicação dos alunos. Será que eu estou falhando miseravelmente em me comunicar com eles?” (Diário do pesquisador, p. 2)

A superação da educação bancária, na qual a educação é o ato de depositar ou transferir supostamente o saber, para aquele que nada sabe, passa pela superação de ambientes com métodos violentos de ensino (FREIRE, 1997). A criatividade, o ato de criar, deve partir de um ambiente dialético profícuo, mas com um pontapé inicial questionador, inquisitivo. Nesse sentido, o aprender pode trazer, em maior ou menor grau, alguma carga de desconforto.

No processo de ensino-aprendizagem há diversos caminhos cognitivos para se gerar conhecimento, seja por repetição, estudo individual, leituras, vídeos etc. Contudo, a figura do professor exerce um fascínio particular sobre o imaginário dos alunos, bem como no projeto do “ser médico”, sendo um modelo profissional. A eficiência do docente é um atributo fundamental para o aluno, justamente porque ele vê no professor/tutor esse “modelo”. Nesse sentido, estratégias de fortalecimento do corpo docente devem transpor a mera questão pedagógica, e investir também nas habilidades afetivas dos professores, para que tenhamos docentes sensíveis e disponíveis para efetivamente serem os modelos de que precisamos para formação apropriada dos futuros egressos (FORNAZIERO, 2011).

“A professora C. é muito paciente e muito aberta ao diálogo (...). Toda essa discussão foi muito positiva, pudemos expor nossos pensamentos e nos sentir mais responsáveis pelo paciente e não só seguindo as orientações do professor. Essa reflexão foi muito rica, todos os professores deveriam seguir esse exemplo, nos estimula a ter mais raciocínio clínico. O método de abordagem da C. também foi muito bom para me lembrar que sempre devo expor opções para o paciente, nós devemos refletir opções terapêuticas e expor para o paciente.” (Aluna IV, diário de campo III).

Envolver os alunos num processo contínuo de raciocínio clínico, onde eles se sintam protagonistas da discussão, é um desafio notadamente enriquecedor. Novamente isso se dá mudando a lógica da educação bancária, trazendo uma autonomia emancipatória necessária para o processo de aprendizagem.

4.6.3. Aluno-paciente

A relação aluno-paciente é outro binômio fundamental na formação acadêmica. Saber questionar, saber inquirir é um elemento precípuo para bem conduzir uma anamnese, construir uma história clínica exitosa, e se chegar a um diagnóstico. Segundo Fornaziero, cerca de 80% das informações para o raciocínio clínico estão presentes na conversa com o paciente (FORNAZIERO, 2011).

O êxito do diagnóstico, da condução clínica, está no completo entendimento do paciente. Nesse sentido, como já afirmamos, o diálogo é essencial, mas para além deste, a escuta ativa, ou “disposição para escuta” é igualmente necessário. (CUNHA, 2005).

Esse encontro aluno-paciente é sempre envolto por muita expectativa, e uma certa insegurança, de ambas as partes. Segundo Ferrari, o paciente anseia principalmente por ser bem aceito, não ser rejeitado no atendimento, e ter suas queixas ouvidas. Já o atendente (médico ou aluno) sente o desafio de cumprir com o rigor profissional, e conseguir um atendimento resolutivo (FERRARI, 1996):

“É uma especialidade que tenho grande carinho, estava ansiosa para este ambulatório, tinha uma expectativa muito alta. É agora que vai ser

a clínica mais pura possível' pensava, e como eu quero muito clínica achava que seria incrível.” (Aluna IV, diário de campo II)

Uma das principais atribuições do médico, segundo Oliveira, é “traduzir o discurso, os sinais e os sintomas do paciente para chegar ao diagnóstico da doença”. Diversos estudos vêm demonstrando que é exatamente aí que a formação médica vem falhando, visto que os alunos não são preparados para estabelecer uma comunicação efetiva com o paciente, mas sim para olhar a doença em toda sua plenitude, em detrimento de observar o sujeito em toda sua complexidade. A escuta, o diálogo, são preteridos e facilmente substituídos por recursos tecnológicos, minando uma solene relação que por vezes nem chegou a começar (OLIVEIRA, 2002).

“Outra coisa que me chamou atenção foi o fato de outros médicos terem solicitados tantos exames para a paciente, sem antes pensar ou indicar alterações comportamentais que diminuiriam as chances da ocorrência de síncope vaso-vagais. Submeteram ela a inúmeros exames, e não pensaram na causa mais comum de síncope. Parece terem confiado mais nos exames do que na história.” (Aluna IX, diário de campo II)

Interessante observar que a aluna, mesmo na sua inexperiência clínica, munida da discussão que teve com o docente, consegue perceber a riqueza presente na construção dialógica com o paciente, e refletir por si mesma a importância deste momento com o paciente, e a quantidade de informações que podemos ter acesso nessa arte do encontro.

4.7. Desconfortos

Parte do aprendizado, parte da vivência, parte do experienciar passa pelos desconfortos, e pela inquietação que eles nos provocam. No decorrer da jornada do “ser médico”, os alunos são expostos a situações estressantes, que os deixam vulneráveis e suscetíveis. Ao adentrar no ambiente da graduação o aluno não tem esse discernimento de imediato, talvez por almejar em maior ou menor grau o sonho do “ser médico”.

Como dissemos anteriormente, o medo de errar, o contato mais próximo com a dor, com o sofrimento causado pela doença, e até a intimidade

com a morte, bem como a extensa jornada de estudos e estágios, vai trazendo incômodos diversos, que por vezes não tem uma vazão adequada, ou ocasiões em que se possa falar sobre isso.

“Aluna 1: (...) a gente não tem tempo para isso. A gente tem PBL, a gente tem aula, a gente tem prova e parece que assim: a gente foi um vagabundo de não ter chegado em casa e estudado isso.

Aluna 2: E a gente tem vida ainda, não é? Não é só isso.

Aluna 1: É! E ninguém aqui é vagabundo! Ninguém quer se sentir um vagabundo, prô (...) Ninguém quer se sentir, ao chegar em casa: — ‘Nossa, eu sou um lixo porque eu tenho que saber isso e eu não tive’. Não, a gente não teve não.” (Diálogo, roda de conversa I)

De acordo com Bordenave & Pereira (1998), o aprender induz mudanças cognitivas, mediadas por complexos processos emocionais. Desconfortos, tensões, angústias, frustrações, alegrias, e outros sentimentos são fundamentais para aprendizagem, e acompanham a análise crítica, bem como a capacidade de perceber, interpretar e analisar o mundo. Já segundo Noro, quando o educador respeita a dignidade do aluno e trata-o com compreensão e ajuda construtiva, desenvolve a capacidade do aluno procurar em si mesmo as respostas para seus problemas, tornando-o responsável e, conseqüentemente, agente de seu próprio processo de aprendizagem. (NORO, 2006). Contudo, nem sempre isso ocorre na graduação, e as expectativas dos alunos, podem ser frustradas por comportamentos por vezes incisivos por parte dos docentes, durante o processo de ensinagem. A este fenômeno dá-se o nome de “trauma acumulativo”, um conjunto de violências frequentes, e persistentes, que podem minar a resiliência dos alunos, levando a baixo desempenho e até mesmo a distúrbios psicossomáticos. Quem não se sente humano, não consegue ser humano. Se o aluno não tiver a capacidade de desenvolver estratégias de enfrentamento as agressões cotidianas, muitas vezes despreziosas, imperceptíveis por quem as pratica, mas pungentes para aqueles que as recebem, a tendência é desumanizar-se, ou adoecer.

“Aluna 6: É exatamente isso que você falou, para mim, na minha concepção, ninguém é um bom profissional só sendo técnico. Você precisa ter uma vida. O seu psicológico precisa estar bom para você poder ajudar a outra pessoa. E a partir do momento em que você está lidando com o ser humano, você precisa ser um ser humano. E para você ser um ser humano, você precisa fazer as coisas que você gosta.

Você precisa ter tempo de ver um filme. Você precisa, sei lá, ficar olhando para o teto sem fazer nada: a gente é ser humano, também, entendeu?

Aluna 3: E sem culpa, né?, porque você está deitada, olhando para o teto, e não está estudando.” (Diálogo entre alunos, roda de conversa II)

Segundo Morin, a discussão sobre o processo de ensino-aprendizagem deve estender-se além do ensino médico, perpassando e gerando reflexões para as modificações necessárias em todo o sistema educacional, com intuito de desenvolver indivíduos aptos a aglutinar harmonicamente os conhecimentos adquiridos não só para a condução da vida, mas também para aplica-los nas relações com os outros, trazendo uma perspectiva mais coletiva de sociedade e mundo. Dessa forma, ele defende que a missão do ensino não é mera transmissão do saber, mas o desenvolvimento de uma cultura permanente que nos auxilie a viver melhor, proporcionando meios e ambientes para pensar, refletir, e agir construtivamente. (MORIN, 2000).

Em outro sentido, às vezes o desconforto pode sofrer influências sinestésicas, que podem remeter o aluno a outros afetos, sensações e sentimentos diversos:

“Minha paciente era a Terezinha. Uma mulher com não mais que 45 anos que sofria de algo neurológico que alterava sua marcha e sua fala. Sofria também com as dores da artrite reumatoide e com a hipertensão (que estava alta no momento da consulta). Quando ela entrou senti um cheiro forte que a acompanhava, o que me deixou desconfortável e em certo ponto curioso (Será que ela depende de alguém para tomar banho? Será que está sofrendo maus tratos?).” (Aluno V, Diário de Campo I).

O choque cultural entre um aluno de classe média, e uma paciente com uma higiene questionável, tem o potencial de “chocar”, em certa medida, mas também de trazer reflexões até sobre a situação de vida daquele sujeito, se sua condição de saúde impacta na higiene pessoal, ou até mesmo se há uma questão de maus tratos por trás daquele mau odor. Novamente: o desconforto tem grande potencial para geração de reflexões, ainda que não seja propriamente agradável em si.

4.8. Reflexão sobre a prática

A prática de determinada atividade, traz na repetição em si, um artifício de aprendizado automatizado, efetivo em proporcionar destreza e perícia naquele procedimento, mas não traz consigo uma reflexão transformadora. Repetir por repetir não leva a conhecimento. Isso fica claro considerando o modelo de educação fordista¹³. A fim de gerar um entendimento maior sobre essa questão, trago uma antiga história popular, que retrata a mãe ensinando a filha a cozinhar um peixe. Ao ensinar a receita, a mãe prontamente mostra para a filha a necessidade de cortar o rabo e a cabeça do peixe, antes de colocá-lo na frigideira. A menina hesitante, pergunta à mãe a razão de cortar a cauda e a cabeça do peixe. A resposta é imediata, automática: “sua avó me ensinou assim”. Não satisfeita com a resposta, a menina pergunta para a avó o motivo de se cortar a cabeça e a cauda do peixe antes de cozinhá-lo. A resposta é igualmente pouco esclarecedora: “essa receita está na família há gerações. Sempre fizemos assim. Aprendi com a sua bisavó”. Sedenta por entender o mistério ritualístico na preparação do peixe, a menina vai até a sua bisavó e repete a pergunta. A resposta dessa vez é transformadora: “seu bisavô sempre pescava peixes muito grandes. Naquele tempo a comida era feita no fogão a lenha e nem sempre tinha uma frigideira grande para preparar o peixe. Então, para que coubesse na panela, eu sempre cortava dessa forma”. Veja que nesse caso em questão, o conhecimento foi passado de uma maneira observacional, e pouco reflexiva, gerando indivíduos hábeis no manejo daquele processo em particular, porém minando a capacidade de criar ou inovar diante de cenários desafiadores.

Nota-se no excerto a seguir, que os alunos percebem a fragilidade da fragmentação da disciplina IASC, o automatismo, a parca comunicação que há entre os professores, bem como a frágil interligação entre os planos pedagógicos numa lógica processual, onde o término de um, é o início de outro.

¹³ A pedagogia fordista ou simplesmente educação fordista, é a expressão que se dá para modelos de aprendizagem que propõe conteúdos fragmentados, organizados em sequências rígidas, tendo por finalidade a uniformidade de ações e procedimentos padronizados. Neste sistema há uma separação do aprender na teoria e do repetir na prática, além de exercer um controle externo sobre o aluno. (ROSA 2015)

“Eu não gostava de IASC até esse semestre, sempre o mesmo repeteco, parecia que os professores não se conversavam e nós ficávamos ouvindo a mesma coisa sempre. Então devíamos acertar todas as questões na prova né, mas não era isso que acontecia, nunca foi. Não fazia sentido nas nossas cabeças nada do que víamos. Não fixávamos, era difícil de estudar. Esse semestre foi diferente, a prática fez colocarmos todas aqueles ensinamentos no cotidiano, ficou simples, fácil. Eu comecei a refletir que médica eu queria ser.” (Aluna VII, diário de campo IV)

De modo análogo, no universo acadêmico paradoxalmente temos muitos processos repetidos na forma, na métrica, até se atingir a perfeição, mas oportunamente raros são os momentos de uma reflexão genuína acerca desses processos.

A elaboração dos diários de campo, bem como as rodas de conversa não fazem parte da rotina da disciplina IASC-VI, mas foram ferramentas metodológicas estabelecidas para a coleta de dados desta pesquisa. Salutar ressaltar a importância desse momento reflexivo para a vivência da disciplina, oportunizando revisitar momentos da prática, trazendo novas concepções, fugindo do automatismo da educação bancária.

“Eu quero ser uma boa médica, tenho medo de não ser, medo de fracassar, de errar, e poder discutir isso mesmo em forma de escrita me fez crescer. A escola médica é muito falha quando falamos sobre nós mesmos, nossas emoções, o que sentimos em cada etapa. Não deveria ser assim, precisamos de mais espaços abertos de diálogo como o que tivemos esse ano. Deveria ser obrigatório um diário de campo para todos. Para existir uma autorreflexão. Esse semestre eu percebi que inconscientemente estava indo na direção oposta do meu sonho inicial e me reposicionei, repensei, voltei meu alvo no lugar e tudo por causa de uma autorreflexão (...)”

“A faculdade não nos permite o ócio, vivemos 24 horas por dia, 7 dias por semana em função dela, e não temos tempo de autorreflexão. Isso é triste, não nos faz médicos humanos, acho que é aí que está a falha de todo esse processo. Mudaram as grades curriculares das faculdades para formar médicos humanos, mas não dão tempo de autorreflexão para os alunos, a gente não se conhece, não se reconhece no meio em que estamos, viramos máquinas automatizadas que faz o que nos pedem. Isso não produz humanidade, a reflexão produz.” (Aluna VII, diário de campo IV).

É notório observar a mudança que se deu na visão da disciplina, na visão da graduação como um todo, e certamente na mudança do “ser médico”. No início do IASC (IASC I, II, etc), temos a informação isolada, talvez

até em excesso, como bem colocou a aluna acima. A informação por si só, é apenas informação, e não gera experiência. O mundo atual prega a máxima de que “informação é poder”, e temos indivíduos cada vez mais buscando informação, e esforçando-se a todo custo para manter-se informados. E saber bastante sobre algo, ter informação sobre um determinado assunto, te torna (em parte), capaz de opinar sobre este assunto, o que pode em certa medida trazer a confusão de que o indivíduo é “experiente” nessa temática. Contudo, Bondía nos alerta para a abissal diferença entre informação e experiência. De fato, a experiência é cada vez mais rara, justamente pelo excesso de opinião. A experiência, é “o que nos passa”, o que “nos sucede”, ou simplesmente “aquilo que acontece”. A experiência é a oportunidade de que algo nos aconteça, nos toque, nos deixe uma marca. A informação *per si*, não toca, não acontece, não marca. Apenas informa. De fato, para minha surpresa, este experimento gerou experiência. O experimento era genérico, em grande parte previsível, com certa homogeneidade, com todos os alunos participantes a fim de se entender melhor o papel da disciplina nas vivências, no “*zoon, lógon échon*” (“vidente dotado de palavra”). Contudo, a experiência foi singular – mesmo diante da pluralidade – imprevisível, irrepitível, e heterogênea. (BONDÍA, 2002).

Percebemos a partir das discussões da roda de conversa, que o aluno tem uma ideia muitas vezes romantizada do “ser médico”, onde terão pacientes assertivos, que acatarão as orientações e seguirão à risca as prescrições. Ignoram ou minimizam a autonomia do sujeito, enquanto agente ativo do seu processo de busca pela saúde, mantendo a famigerada relação hierárquica: o médico “manda”, e o paciente “acata”. Qualquer paciente com múltiplas queixas, ou com um perfil mais questionador, é tido como “paciente difícil” ou “poliqueixoso”. Em grande parte isso se dá por imaturidade, mas também pela dificuldade de uma prontidão para escuta, afinal, eles estão sendo treinados para perguntar e inquirir em um formato de anamnese, cuja meta é chegar ao fim daquele número interminável de perguntas.

“O motivo de estresse da consulta foi diferente: algumas de minhas amigas ficaram incomodadas com o número de queixas infinitas de nossa paciente e com isso o ritmo lento da consulta. Eu me incomodei mais com a inconstância das características das dores, ouvir as inúmeras queixas estava sendo fácil para mim, mas não conseguir

escrever direito estava me deixando aflita.” (Aluna IV, diário de campo II)

Nesse sentido, as rodas de conversa, bem como os diários de campo foram importantes por oportunizarem um momento de reflexão da complexidade de situações a que eles estarão sujeitos, apontando a necessidade da criação de estratégias de enfrentamento para essas situações.

“Estamos sempre adaptados a escutar poucas queixas, como se o atendimento médico fosse um cupom, neste cupom o paciente tem direito a no máximo 3 queixas, mais do que isso nos deixa incomodados pois vai ocupar o tempo do próximo paciente e mesmo que ele fale tudo não vamos conseguir resolver todas, então o que adianta? É mais fácil classificar alguém como poliqueixosa do que sermos de fato poliouvintes. Quero sempre me lembrar disso, toda vez que começar a me irritar com um paciente de múltiplas queixas quero me lembrar do que estou escrevendo agora.” (Aluna III, diário de campo I).

Outro trecho interessante:

“Minha lição desse ano, é continuar auto refletindo e pensar que médica eu sou, que atendimento eu proporcionei, se eu escutei o suficiente, se eu dei o meu melhor. Assim, eu vou chegar no alvo que eu quero sem medo, sem insegurança, porque eu vou saber que me tornei uma humana e não uma máquina.” (Aluna VII, diário de campo IV).

Ambas as reflexões nos remetem novamente ao universo do Cassel (2004). A medicina vigente, seguindo o paradigma biomédico, superespecializou-se em cuidar da dificuldade de respirar, da parada cardiorrespiratória, dos procedimentos invasivos, sejam diagnósticos ou terapêuticos, dos “males do corpo”, mas pouco avançou no tratamento do sofrimento humano. “Corpos não sofrem, pessoas sofrem”. Em grande parte, o alívio do sofrimento, provém do encontro, do ouvir, do acolher, do conversar. Aqui não se faz juízo de valor para qual movimento é mais importante. Entendemos que ambos são fundamentais, porém, na graduação percebemos um espaço enorme voltado para a compreensão e estudo das afecções do corpo, em detrimento da condução e dos ensinamentos para o cuidado para com o sofrimento *per si*.

5. Conclusão e considerações finais

Fugir do paradigma vigente da educação bancária, num modelo de pedagogia fordista, para um modelo de educação emancipatória, flexível, priorizando a autonomia do sujeito, não é algo simples, mas é necessário e peremptório. É fulcral que tenhamos ambientes promotores de um olhar ampliado, contemplando a complexidade do indivíduo, fugindo do reducionismo do paradigma biomédico.

Nesse sentido, a partir dos diários de campo e das discussões surgidas nas rodas de conversa, fica evidente a contribuição da disciplina, e os muitos ganhos que temos para o futuro generalista, englobando várias das expectativas do “ser médico” do imaginário dos alunos.

Contudo, há muito o que superar e melhorar. Não podemos ignorar dificuldades prementes de organização (ausência de território, ausência de vínculo com os equipamentos da rede pública, número reduzido de pacientes, etc), que minimizam o potencial da disciplina na formação do generalista, ainda que estejam contemplados em outros momentos ao longo da graduação.

A construção do generalista passa por diversas etapas, incluindo saber técnico, processos, entendimento fisiopatológico das doenças, entender de farmacologia, microbiologia, e tantos outros saberes ligados ao tecnicismo próprio da medicina. Todavia, o saber técnico não substitui o poder do encontro, do ouvir, do falar, do sentir, o “trabalho vivo em ato”, que une o trabalhador (médico), ao sujeito que demanda atenção (paciente) (MEHRY, 2000). O fenômeno do encontro envolve o saber ouvir, estar disponível, acolher, atender, demonstrar sensibilidade, movimentos de aproximação e distanciamento, confiança, entrega e tantos outros elementos do “ser médico”, que não se resumem na aplicação de um conjunto de técnicas ou protocolos aprendidos ao longo da graduação. Nesse sentido entendo que temos um terreno fértil, com grande potencial formador na disciplina do IASC como um todo.

Considerando os sentimentos que surgiram nos diários de campo (medo, frustração, angústia, realização, etc.), a oportunidade de refletir e questionar sobre a própria prática, sobre a formação do ser médico, e até mesmo a oportunidade de se auto-perceber “saindo do trilho”, indo para um caminho não

desejado da projeção do “ser médico” futuro, as ferramentas de pesquisa proporcionaram um ambiente ímpar para geração do conhecimento, e para enriquecimento da própria disciplina. A oportunidade de “ensinar a aprender, e aprender ensinando (dialogando), baseada na dialética surgida nas rodas de conversa e na própria escrita dos diários, foi algo enriquecedor. Esses resultados reverberam na viabilidade de se modificar aspectos da disciplina, e de reinventarmos momentos de aprendizagem significativa, baseados na experiência que tivemos com a pesquisa.

6. REFERÊNCIAS

- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERBEL, N. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Rev. Interface — Comunicação, Saúde, Educação**. v.2, n.2, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf>. Acesso em: 19/06/2018.
- BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.** n. 19, pp. 20-28, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>. Acesso em: 03/03/2019.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 19ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina**. Distrito Federal, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acesso em 04/12/2017.
- CAPOZZOLO, A. A. et al. Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 443-456, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a13v12n2.pdf>. Acesso em 17/06/2019.
- CAPOZZOLO, A.A; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O. (orgs.) **Clinica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. 309 p.
- CASSELL, E. J. **The Nature of Suffering and the goals of medicine**. 2nd ed. Oxford University Press, 2004.
- Centro Universitário São Camilo – **Institucional – Os Camilianos no Brasil**. Disponível em: https://saocamilo-sp.br/institucional/quem_somos/camilianos. Acesso em: 19/06/2018.
- CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, p. 212, 2005.
- CYRINO, A. P. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde: estudo de um serviço de atenção primária à saúde**.

1993. Dissertação de Mestrado (Medicina Preventiva). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

CYRINO, A. P.; MAGALDI, C. **Saúde e Comunidade**: 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva. Botucatu: Cultura Acadêmica / Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2002.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes**: Emoção, razão e o cérebro humano. 3ª Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. p.144-216.

DAVIDOVICH, L. Histórias do ensino superior: relatório Flexner – A história do ensino médico pela Fundação Carnegie faz um século. **Rev. Ensino Superior da UNICAMP**, Ed. 1, maio, 2010. Disponível em: http://www.gr.unicamp.br/ceav/revistaensinosuperior/ed01_maio2010/ed_01_maio2010_historias.php. Acesso em: 06/12/2017.

DOEDERLEIN, J. **O livro dos ressignificados**. 1ª ed., Editora Paralela, p. 87, 2017.

DURAN, C. C. G. *et. al.* O professor de medicina do século XXI: reflexões em Paulo Freire e Theodor Adorno. **O Mundo da Saúde**, São Paulo 37(1):65-69, 2013.

FAVORETO, C. A. O.; JUNIOR, K. R. C. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.37, p.473-83, abr./jun. 2011.

FERRARI, H. A entrevista médica: considerações gerais. In: FERRARI, H. **Salude mental em medicina**. Buenos Aires: Lopez Editores, 1996.

FEUEWERKER, L.C.M.; CAPOZZOLLO. A.A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, A.A; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O. (orgs.) **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. pp.35-58.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Science; 1910. Disponível em: http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner-Report.pdf. Acesso em 06/12/2017.

FORNAZIERO, C. C.; GORDAN, P. A.; GARANHANI, M. L. O Processo de Ensino Aprendizagem do Raciocínio Clínico pelos Estudantes de Medicina da

- Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 2, 246-253, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n2/14.pdf>. Acesso 10/06/2018.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7ª Ed. Forense Universitária 1963.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro-RJ, Paz e Terra, 1987.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- KALUF, I. O., et al. Sentimentos do estudante de medicina quando em contato com a prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 43(1): 13-22; 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n1/1981-5271-rbem-43-1-0013.pdf>. Acesso em: 16/04/2019.
- MAYER, J. D.; CARUSO, D. R.; SALOVEY, P. **Emotional Intelligence meets traditional standards for an intelligence**. *Intelligence*, 27 (4), 267-298, 2000.
- MELO, R H V, et al. Roda de conversa: uma articulação solidária entre ensino, serviço e comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 40 (2), 301-309, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem-40-2-0301.pdf>. Acesso em: 13/12/2017
- MERHY, Emerson E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 6, n. 6, p. 109-125, 2000.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo, Hucitec – Abrasco, 2000.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MOHAMMADREZA H. et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, v. 84. N. 9, september 2009. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/8edd/7d93fe49723b18bb363f259692d638b34f7e.pdf>. Acesso em 19/06/2018.
- MORIN E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.

NUTO, S. A. S.; NORO, L. R. A, CAVALSINA, P. G.; COSTA, I. C. C.; OLIVEIRA, A. G. R. C. O processo ensino-aprendizagem e suas consequências na relação professor-aluno-paciente. **Ciência & Saúde Coletiva**, 89-96, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29452.pdf>. Acesso em: 10/04/2018.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos Serviços de Saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface comunicação, saúde, educação**. Fundação UNI Botucatu/UNESP, v. 6, n. 10. Botucatu, SP: 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/06.pdf>. Acesso em 10/06/2019.

PEREIRA, P. O.; Almeida T. M. C. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. **Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação** v.9, n.16, p.69-79, set.2004/ fev.2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a06.pdf>. Acesso em: 04/12/2017.

RABELO, L.; GARCIA, V. L. *Role-play* para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e relacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 39(4): 586-596, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n4/1981-5271-rbem-39-4-0586.pdf>. Acesso em: 22/05/2019.

ROSA, M. A. M. **Fordismo, pós-fordismo e educação**. Universidade Federal do Maranhão, 2015. Periódico online. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/viewFile/3712/1737>. Acesso em: 15/06/2019.

SARTRE, J. P. **O existencialismo é um humanismo**. Tradução: Vergílio Ferreira. São Paulo: Abril S.A., 1973.

TEIXEIRA, A. **Ensino superior no Brasil: análise e interpretação de sua evolução até 1969**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 1989. Disponível em: http://www.bvanisioteixeira.ufba.br/livros/chama_introducao.htm. Acesso em: 11/12/2017.

7. ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO o(a) Senhor(a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “**DA APRENDIZAGEM FRAGMENTADA AO DESAFIO DE UMA FORMAÇÃO INTEGRAL: NARRATIVAS DO SABER**” que será desenvolvido por mim, João Felix Leandro de Souza Araújo, com orientação do Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

Trata-se de um estudo de caso que tem por objetivo analisar as percepções, vivências e expectativas dos alunos que cursam a IASC-VI, em relação à disciplina que se propõe a uma assistência integral e holística, centrado na pessoa, com enfoque no médico de família e comunidade, a partir de diários de campo e roda de conversa.

Os diários de campo podem ser feitos ao seu tempo, de forma processual, sem pressa, preferencialmente após os atendimentos. As rodas de conversa têm previsão de duração de 30-60 min, a depender das ideias do debate, e serão realizadas em 5 momentos distintos, com datas pré-definidas.

Os registros serão analisados de forma confidencial e sigilosa, seguindo os preceitos da ética em pesquisa, conforme resolução Conselho Nacional de Saúde 466/2012, em nenhum momento haverá a identificação da pessoa que escreveu ou discursou, em relação ao conteúdo analisado e descrito.

Há riscos mínimos para as participantes, pois, além do dispêndio do tempo para participar deste estudo, entendemos que a roda de conversa pode suscitar discussões que podem trazer algum desconforto. Em contrapartida, os benefícios são de contribuir para o entendimento dos aspectos relevantes da disciplina, com enfoque no médico de família, e no cuidado centrado na pessoa, e também refletir sobre a sua formação enquanto médico.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é **voluntária** e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo em sua atuação acadêmica. Além disso, sua participação na pesquisa em nada influenciará o processo de avaliação de sua participação na disciplina em si, pois a pesquisa é independente da disciplina. Reitero por fim, que não há qualquer custo ou compensação financeira pela participação na pesquisa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, em que 01 via será entregue ao(a) Senhor(a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), situado na Rua Francisco de Castro nº 55, Vila Clementino, CEP 04020-050, através dos telefones (11) 5571-1062, fax: (11) 5539-7162 ou pelo email: cep@unifesp.edu.br. O CEP atende presencialmente as segundas, terças, quintas e sextas das 9h às 13h. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, **CONCORDO EM PARTICIPAR** de forma **VOLUNTÁRIA**, estando ciente de que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente de que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura do Participante _____

Nome: _____

Assinatura do Pesquisador _____

Nome: _____

Nome: João Felix Leandro de Souza Araújo (Pesquisador)

Endereço: Rua Alcides Cintra Bueno, n. 271, Atibaia-SP

Telefone: (11) 98925-0772

E-mail: joaofelix2@yahoo.com.br

Nome: Fernando Sfair Kinker (Orientador)

Endereço: Avenida Sena Madureira, 1500

Telefone: (13) 99776-2124

E-mail: fernando.kinker@gmail.com

8. ANEXO 2 – ROTEIRO PARA RODA DE CONVERSA

As rodas de conversa ocorrerão em datas pré-definidas, após a atividade prática dos ambulatórios. Será usado um roteiro básico para todos os encontros, disparadores/provocadores para suscitar as discussões, semelhantes aos disparadores que utilizamos para o diário de campo:

1. O que ele aprendeu com a atividade ou com atendimento;
2. Quais as dificuldades que encontrou;
3. Quais os facilitadores e/ou potencializadores que encontrou;
4. O que ele(a) sentiu e pensou ao entrar em contato com situações complexas;
5. Como foi o contato com pacientes, docentes e estudantes
6. Como ele articulou todo o processo de aprendizado que teve até aqui com essa experiência.

Pode haver ainda um momento para exposição e leitura do diário de campo pessoal, de maneira absolutamente voluntária, para apreciação e discussão pelos outros participantes da pesquisa.

9. ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DA APRENDIZAGEM FRAGMENTADA PARA O DESAFIO DE UMA FORMAÇÃO INTEGRAL: NARRATIVAS DA CONSTRUÇÃO DO SABER

Pesquisador: JOAO FELIX LEANDRO DE SOUSA ARAUJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04923318.7.0000.5505

Instituição Proponente: Departamento de Saúde, Clínica e Instituições

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.138.865

Apresentação do Projeto:

-Projeto CEP/UNIFESP n:1520/2018 (parecer final)

-Trata-se de projeto de mestrado de JOAO FELIX LEANDRO DE SOUSA ARAUJO. Orientador: Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker; Projeto vinculado ao Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

-Centro Coparticipante: UNIAO SOCIAL CAMILIANA; responsável: João Felix Leandro de Sousa Araújo; CEP: Centro Universitário São Camilo – UNISC.

APRESENTAÇÃO: Por anos a formação médica veio sendo realizada de modo fragmentado, reduzindo a complexidade do indivíduo a órgãos e sistemas, negligenciando aspectos sócio-culturais, bem como a dinâmica e a interação do indivíduo na esfera familiar e comunitária. Recentemente com a última mudança realizada nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN), surge a proposta de que o ensino médico passe a ter um caráter formativo ampliado, com formação humanística, geral, crítica, reflexiva e ética, no intuito de formar um egresso habilitado para atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde, apto ao manejo de condições patológicas diversas de modo indistinto, a realizar a coordenação do cuidado e a gestão da clínica. Este trabalho tem por objetivo analisar as percepções, expectativas

e vivências dos alunos de graduação do terceiro ano de medicina do Centro Universitário São Camilo, diante de uma disciplina com proposta de olhar integral do cuidado assistencial, tentando compreender o fenômeno da formação do conhecimento, partindo-se de uma lógica de ensino fragmentado por especialidades focais, até chegar a uma cujo foco no cuidado integral é o contraponto da formação anterior. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, orientado pela análise documental de narrativas produzidas pelos alunos, diário de campo do pesquisador, e pela observação em roda de conversa, a partir da discussão das ideias e vivências nos atendimentos no ambulatório, identificando os temas abordados nas narrativas, bem como seu papel na formação do aluno enquanto futuro generalista.

-HIPÓTESE: Uma disciplina com proposta de atenção integral, contrapondo a divisão de disciplinas por especialidades focais, pode auxiliar no entendimento do indivíduo como um todo e na melhor formação do generalista?

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Analisar as percepções, vivências e expectativas dos alunos que cursam a disciplina “Integração, Academia, Saúde e Comunidade” (IASC-VI), no que tange à formação médica, à perspectiva futura de ser médico, e à disciplina que se propõe a oferecer uma formação integral e holística, com enfoque no médico de família e comunidade.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: Envolver os alunos em um processo de reflexão sobre a própria formação enquanto futuros generalistas. Apontar as potencialidades e desafios da educação médica e seu papel na formação do aluno enquanto futuro generalista. Instalar um processo de reflexão sobre a potencialidade de uma formação integral com enfoque na medicina de família e comunidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: Desconforto/Timidez durante a realização da roda de conversa, com a possibilidade de abordagem de temas sensíveis à formação médica.

-BENEFÍCIOS: Melhor compreensão da potencialidade da disciplina; melhor entendimento do papel da disciplina na formação do futuro egresso; reverberações da visão do aluno, enquanto estudante, frente a essa proposta de atenção integral.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: Estudo qualitativo, descritivo, orientado pela análise documental de narrativas produzidas pelos alunos, diário de campo do pesquisador, e pela observação em roda de conversa, a partir da discussão das ideias e vivências nos atendimentos no ambulatório, identificando os temas abordados nas narrativas, bem como seu papel na formação do aluno enquanto futuro generalista.

LOCAL: curso de medicina do Centro Universitário São Camilo;

PARTICIPANTES: participarão 8-10 alunos do terceiro ano da disciplina “Integração, Academia, Saúde e Comunidade” (IASC-VI), do curso de medicina do Centro Universitário São Camilo.

-Critério de Inclusão: Alunos com estágio atual ou recente na disciplina IASC-VI do curso de medicina do Centro Universitário São Camilo.

-Critério de Exclusão: Quaisquer indivíduos que não estejam realizando ou não tenham realizado estágio na disciplina IASC-VI do curso de medicina do Centro Universitário São Camilo.

PROCEDIMENTOS:

- O presente estudo busca analisar as percepções dos alunos, diante de uma disciplina que tenta propor uma formação integral, com cuidado assistencial holístico, tentando compreender o fenômeno da formação do conhecimento, partindo-se de uma lógica de ensino fragmentada, até chegar a uma cujo cuidado integral é o contraponto da formação anterior (fragmentada).

-No início do semestre serão selecionados, aleatoriamente, de 8-10 alunos voluntários para construção de 4 narrativas. Essas narrativas serão analisadas e discutidas em 4 encontros presenciais (com rodas de conversa), fora do horário habitual da disciplina, com todo o grupo, a fim de debater as vivências acadêmicas, a construção do “ser médico” individual, as expectativas com a graduação e a inserção dessa disciplina no contexto de uma formação fragmentada por especialidades, bem como subespecialidades focais. Os encontros serão gravados e posteriormente transcritos.

-O aluno deverá criar a narrativa a cada final de atendimento ou atividade, produzindo um texto que discuta algumas dimensões do aprendizado, tais como: (1) o que ele aprendeu com a atividade ou com atendimento; (2) quais as dificuldades que encontrou e (3) quais os facilitadores e/ou potencializadores que encontrou; (4) O que ele sentiu e pensou ao entrar em contato com situações complexas?; (5) Como foi o contato com pacientes, docentes e estudantes?; (6) Como ele articulou todo o processo de aprendizado que teve até aqui com essa experiência?

-um último recurso de coleta de dados a ser utilizado será o diário de campo do pesquisador, com intuito de se registrar ideias, sentimentos, angústias e percepções do processo de trabalho de campo e coleta de dados.

(mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.

2- TCLE a ser aplicado aos participantes.

3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a)- anuência da diretoria do Centro Universitário São Camilo (Pasta: outros- Submissão 2; Documento: DocCARTAdCOPARTICIPACAO.pdf)

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 3.116.213 de 18 de Janeiro de 2019. Todas as correções foram feitas e acatadas. PROJETO APROVADO.

1-Será necessário enviar o roteiro da rodas de conversas que será aplicado (conforme orientação da CONEP, qualquer teor de entrevista/questionário/conversas utilizado em uma pesquisa deve ser analisado pelo CEP e deve ficar anexado na Plataforma Brasil, junto a todos os outros documentos).

RESPOSTA: Roteiro enviado anexo, com nome "RoteiroRodaDeConversa.doc". PENDÊNCIA ATENDIDA

2-Em relação ao TCLE:

a) - retirar a palavra "anexo " do cabeçalho do documento, já que o TCLE não é um anexo, mas sim um documento individualizado.

b) - incluir a informação de que não haverá custos ou compensações financeiras pela participação;

c) -no campo de assinaturas, além da assinatura, inserir local para o nome do participante.

d)- todas as páginas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.), mesmo que seja uma só (1/1).

Ressaltamos que as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.

RESPOSTA: Ajustes feitos, o novo TCLE foi anexado na Plataforma Brasil com as correções devidas. PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1145891.pdf	28/01/2019 23:17:57	JOAO FELIX LEANDRO DE SOUZA ARAÚJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PreProjetoFINALPlatBrasilCorrigido.docx	28/01/2019 23:17:04	JOAO FELIX LEANDRO DE SOUSA ARAUJO	Aceito
Outros	RoteiroRodaConversaPlatBrasil.docx	28/01/2019 23:16:47	JOAO FELIX LEANDRO DE SOUSA ARAUJO	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartaResposta.docx	28/01/2019 23:16:37	JOAO FELIX LEANDRO DE SOUSA ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEplatafBrasilCorrigido.docx	28/01/2019 23:16:22	JOAO FELIX LEANDRO DE SOUSA ARAUJO	Aceito
Outros	CEPassinado.pdf	18/12/2018 20:27:33	JOAO FELIX LEANDRO DE SOUSA ARAUJO	Aceito
Cronograma	CronogramaAtualizado.pdf	18/12/2018 20:25:17	JOAO FELIX LEANDRO DE SOUSA ARAUJO	Aceito
Outros	DocCARTAdeCOPARTICIPACAO.pdf	15/06/2018 00:09:03	JOAO FELIX LEANDRO DE SOUSA ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	14/06/2018 15:16:37	JOAO FELIX LEANDRO DE SOUSA ARAUJO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 09 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge (Coordenador)