



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

FELIPE MONTE CARDOSO

**TORNANDO-SE MÉDICOS E MÉDICAS NA COMUNIDADE: ESTUDO DAS
NARRATIVAS DE UM INTERNATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Campinas

2019

FELIPE MONTE CARDOSO

**TORNANDO-SE MÉDICOS E MÉDICAS NA COMUNIDADE: ESTUDO DAS
NARRATIVAS DE UM INTERNATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, na Área de Concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos

Este exemplar corresponde à versão
final da tese defendida pelo aluno
Felipe Monte Cardoso e orientada
pelo Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Campinas

2019

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

M764t Monte-Cardoso, Felipe, 1981-
Tornando-se médicos e médicas na comunidade : estudo das narrativas de um internato na Atenção Primária à Saúde / Felipe Monte Cardoso. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Educação médica. 2. Internato e residência. 3. Atenção primária à saúde. 4. Medicina de família e comunidade. 5. Estratégia Saúde da Família. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa, 1952-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Becoming doctors in the community : study of the naratives of a clerkship in Primary Health Care

Palavras-chave em inglês:

Medical education

Internship and residency

Primary health care

Family practice

Family Health Strategy

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]

Armando Henrique Norman

Antonio de Padua Pithon Cyrino

Erotildes Maria Leal

Eliana Martorano Amaral

Data de defesa: 28-06-2019

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-9898-6389>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/7089192937951855>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

Felipe Monte Cardoso

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

MEMBROS:

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Prof. Dr. Armando Henrique Norman

Prof. Dr. Antonio de Padua Pithon Cyrino

Profa. Dra. Erotildes Maria Leal

Profa. Dra. Eliana Martorano Amaral

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

A ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade

Data: 28/06/2019

DEDICATÓRIA

Às pessoas que vivem no Morro São Carlos. Ao me confiar suas queixas e sofrimentos, vocês me ensinaram tanto sobre a vida e sobre a alegria que voltei a tornar-me médico.

Aos meus afilhados Arthur e Daniel, para que colham um futuro.

AGRADECIMENTOS

Gláucia, companheira amada de jornadas extensas e intensas, por insistir diariamente em quão gratificante é produzir cuidado.

A meus pais e irmãos que, perto e longe, se acostumaram com a minha errância. Espero que tenham sabido entender minhas ausências.

Às trabalhadoras e trabalhadores da CF Ricardo Lucarelli, com quem compartilho diariamente as recompensas e as durezas da construção do SUS. Agradecimento especial às Agentes Comunitárias de Saúde Patrícia Cruz e Regina Campos, profissionais de saúde exemplares que me ensinaram tanto sobre ser médico do povo favelado.

Aos preceptores e ex-preceptores da CF Ricardo Lucarelli, em especial Gabriela Medeiros, Renato Bretas e Marco Tulio Caria, por compartilhar o desafio de abrir um serviço e um campo de residência naquele ano de 2017.

Aos residentes e ex-residentes da CF Ricardo Lucarelli, por reenergizarem minha vitalidade docente.

Ao Professor Gastão Campos, pela generosidade como orientador e pelo exemplo que desde a graduação me fez imaginar outras formas de ser médico.

À Professora Erotildes Leal, pela parceria cotidiana e afetuosa, pelo aprendizado e por me ajudar a trilhar caminhos pela clínica e pela pesquisa que não imaginava possíveis.

Às Professoras Maria Kátia Gomes e Maria Tavares, coordenadoras do internato, cujo empenho e dedicação tornaram possíveis não apenas esta tese, mas todo um projeto de formação na APS. Seu incentivo foi fundamental para esta nova etapa na relação da UFRJ com o Sistema Único de Saúde

Ao Professor Luiz Felipe Pinto, cujo trabalho pela pesquisa na APS é um exemplo, pelo incentivo nos momentos difíceis.

À Professora Alícia Navarro, pelo impulso inicial nos caminhos da pesquisa em educação médica.

Aos MFCs preceptores dos programas de residência da cidade do Rio de Janeiro, em quem os estudantes tanto se espelham e com quem tanto aprendem. Agradecimento especial aos colegas do Grupo de Trabalho de Docência do PRMFC da SMS-RJ, que suportaram minhas considerações críticas sobre o nosso trabalho. Ao me ouvir, vocês permitiram que eu ouvisse em voz alta muito do que está aqui escrito. Ao me ensinar, vocês também me ajudaram a crescer como docente.

Aos colegas do Departamento e Medicina de Família e Comunidade da UFRJ, pelo trabalho coletivo na produção do Internato. Agradecimento especial a Professora Vera Halfoun, chefe do DMFC, à Secretaria Municipal de Saúde e a CAP 1.0, por tornarem possível que minhas horas fossem menos escassas.

A Adelson Jantsch, pelo estímulo intelectual que me permitiu repensar meus lugares como professor e preceptor e que impulsionaram esta tese.

Ao Professor Armando Norman, que, para além da banca, enriqueceu muito esta tese com comentários após a arguição.

Aos professores Rubens Bedrikow, Antônio Cyrino, Eliana Amaral, Magda Almeida, Gustavo Tenório Cunha, pela gentileza de aceitar participar das bancas de qualificação e defesa.

A Rubens Silva, cujo trabalho minucioso e em tempo recorde tornou este texto apresentável

É sabido que minha gratidão não os torna cúmplices nem responsáveis pelo que se segue.

El propósito que lo guiaba no era imposible, sino sobrenatural. Quería soñar um hombre: quería soñarlo con integridad minuciosa e imponerlo a la realidad. Ese proyecto mágico había agotado el espacio entero de su alma; si alguien le hubiera preguntado su propio nombre o cualquier rasgo de su vida anterior, no habría acertado a responder. (...) En um alba sin pájaros el mago vio cenirse contra los muros el incendio concéntrico. Por un instante, pensó refugiarse en las aguas, pero luego comprendió que la muerte venía a coronar su vejez y a absolvelo de sus trabajos. Caminó contra los jirones del fuego. Éstos no mordieran su carne, éstos lo acariciarán y lo inundarán sin calor y sin combustión. Con alivio, con humillación, con terror, comprendió que era una apariencia, que otro estaba soñándolo.

Jorge Luis Borges, Las Ruinas Circulares

Através dos outros, nos tornamos nós mesmos.

Lev Vigotsky

RESUMO

No Brasil, o descompasso entre a formação médica e as necessidades assistenciais na atenção primária à saúde, em especial para as populações mais vulneráveis, demandou mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, com ampliação da carga horária do Internato na APS. Este trabalho é uma pesquisa qualitativa exploratória, que investigou documentos da avaliação do Internato Integrado em Medicina de Família e Comunidade e Saúde Mental da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que ocorre em cenários de assistência a populações vulneráveis no município do Rio de Janeiro. Foram analisados documentos de escrita reflexiva e grupos focais, produzidos por estudantes como parte da avaliação do estágio, e utilizou-se a hermenêutica dialética como método de análise, tendo como referencial teórico a crítica da biomedicina e teorias do aprendizado socioculturais que enfatizam o papel do contexto para a educação médica. A investigação chegou a quatro grandes categorias: Aprendendo a clínica do sofrimento social, Medicina de Família e Comunidade como uma clínica complexa; Saúde Mental na APS; Tornando-se médicos na comunidade. Na primeira, ao perceber que a medicina não está apartada da sociedade, os internos puderam descobrir o impacto da pobreza e da violência e sua influência no sofrimentos dos usuários, percebendo a importância e os limites dos serviços de saúde e dos recursos territoriais; Na segunda, os internos ressignificaram a ideia de complexidade clínica ao se deparar com elementos peculiares da clínica na APS, como incerteza, experiência do adoecimento e o papel da relação médico-paciente, dando-se conta de que o tempo é variável central no manejo; Na terceira, os estudantes, ao redefinir o que é um caso psiquiátrico puderam refletir sobre as tensões epistemológicas no campo da Saúde Mental e Psiquiatria, além de atentar para as peculiaridades da saúde mental no cenário da APS, como distintos sistemas de classificação diagnóstica e a importância dos dispositivos psicossociais de cuidado, bem como para superar o estigma da doença mental grave; Por fim, ao interpretar o internato como uma etapa de formação da identidade profissional dos estudantes, pontuo a importância decisiva do aprendizado em cenários e com pessoas reais para o amadurecimento moral, bem como a importância do trabalho em equipe para a incorporação do componente interprofissional para a identidade dos futuros médicos. Termina a categoria apontando como os germens de democracia podem ter papel de mudança na cultura autoritária da profissão. Os achados apontam para a importância da escrita reflexiva para acessar dimensões de cuidado centradas no paciente, bem como das especificidades do aprendizado da medicina na APS. Ao compreender a centralidade de aspectos contextuais e coletivos do aprendizado da profissão,

advogo a incorporação de uma perspectiva contextual e coletiva para a aquisição de competências no internato, com ênfase especial no aprimoramento das chamadas competências culturais para o contexto de uma grande metrópole como o Rio de Janeiro, fundamentais para o cuidado das populações mais vulneráveis. Por fim, sugiro a implementação de estratégias de ensino que contemplem de forma explícita a formação da identidade profissional nos anos de internato.

Palavras-chave: Educação médica. Internato e residência. Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

In Brazil, the mismatch between medical training and health care needs in primary health care, especially for the most vulnerable populations, necessitated changes in the National Curricular Guidelines of the medical course, with an increase in the hours of Internship in PHC. This work is an exploratory qualitative research that investigated documents of the evaluation of the Integrated Clerkship in Family and Community Medicine and Mental Health of the Federal University of Rio de Janeiro, which occurs in scenarios of assistance to vulnerable populations in the city of Rio de Janeiro. Reflexive writing documents and focus groups, produced by students were analyzed as part of the evaluation of the stage, and dialectical hermeneutics was used as a method of analysis, having as a theoretical reference the critique of biomedicine and sociocultural learning theories that emphasize the role of context for medical education. The research reached four broad categories: Learning the Clinic of Social Suffering, Family and Community Medicine as a complex clinic; Mental Health in PHC; Becoming doctors outside the hospital. In the first, when they realized that medicine was not far from society, inmates were able to discover the impact of poverty and violence and its influence on the sufferings of users, realizing the importance and limits of health services and territorial resources; In the second, the interns re-signified the idea of clinical complexity when they come across peculiar elements of the clinic in PHC, such as uncertainty, experience of illness and the role of the doctor-patient relationship, realizing that time is a central variable in management ; In the third, the students, in redefining what is a psychiatric case, could reflect on the epistemological tensions in the field of Mental Health and Psychiatry, in addition to paying attention to the peculiarities of mental health in the PHC scenario, such as different diagnostic classification systems and importance of psychosocial care devices, as well as to overcome the stigma of severe mental illness; Finally, in interpreting the internship as a stage of the formation of the professional identity of students, I point out the decisive importance of learning in scenarios and with real people for moral maturity, as well as the importance of teamwork for the incorporation of the interprofessional component to the identity of future physicians. I end the category by pointing out how germs of democracy can play a role in changing the authoritarian culture of the profession. The findings point to the importance of reflective writing to access patient-centered care dimensions, as well as the specificities of medical learning in PHC. By understanding the centrality of contextual and collective aspects of learning the profession, I advocate the incorporation of a contextual and collective perspective for the acquisition of skills at the

clerkship, with special emphasis on the improvement of so-called cultural competences in the context of a great metropolis such as Rio fundamental to the care of the most vulnerable populations. Finally, I suggest the implementation of teaching strategies that explicitly contemplate the formation of professional identity in the years of clerkship.

Keywords: Medical education. Clerkship and residence. Primary Health Care. Family Practice. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama da Teoria da Atividade	44
Figura 2 - Clínica da Família no Rio de Janeiro.....	51
Figura 3 - Sala de Espera em Clínica da Família grupo com pacientes	52
Figura 4 - Clínica da Família no Rio de Janeiro.....	52
Figura 5 - Planta baixa de Clínica da Família	53
Figura 6 - Exemplo da análise das narrativas e da construção dos temas e categorias	62
Figura 7 - Processo de Análise dos Dados	64
Figura 8 - Atributos do Curador e do Profissional	148
Figura 9- Educação Médica para o Futuro	171
 Mapa 1 – Localização dos campos de estágio do Internato Integrado	 60
 Quadro 1 - Convergências entre MFC e SC	 32
Quadro 2 - Comparação entre currículos baseados em estrutura e processos e currículos baseados em competência.....	37
Quadro 3 - Características dos diferentes discursos sobre competência	39
Quadro 4 - Características de sistemas completos e adaptativos.....	41
Quadro 5 - Objetivos do internato integrado em MFC/Saúde Mental UFRJ	54
Quadro 6 - Descrição do Roteiro dos GFs.....	57
Quadro 7 - Grade de Análise provisória	61
Quadro 8 - Temas e Subtemas, Pré-Análise	62
Quadro 9 - Grade de Análise definitiva.....	63
Quadro 10 - CF 1 “Adhemar Ferreira de Barros” PRMFC SMS	65
Quadro 11 - CF 2 “Paulo Freire” ESF CNAR PRMFC UFRJ/ENSP	66
Quadro 12 - CF3 ”Adriana Melo” PRMFC SMS.....	66
Quadro 13 - CF 4 “Wanda Horta” PRMFC UFRJ	66
Quadro 14 - Perfil dos Internos cujos DC/RFs foram analisados.....	68
Quadro 15 - Características dos Grupos Focais	72
Quadro 16 - Potenciais Benefícios para Programas de Residentes como Docentes	178

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças

DSM – Manual of Mental Disorders

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DC/RFs - Diários de Campo/Relatórios Finais

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DMFC – Departamento de Medicina de Família e Comunidade

DPML - Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

DSC/FCM/UNICAMP - Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas

EMBC - Educação Médica Baseada em Competências

EUA - Estados Unidos da América

HUCFF - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

IPUB/UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

MCP - Medicina Centrada na Pessoa

MFC - Medicina de Família e Comunidade.

MRJ - Município do Rio de Janeiro

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NHS - National Health Service

OSCE – Objective Structured Clinical Examination

PRMFC – Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

SC - Saúde Coletiva

SUS - Sistema Único de Saúde

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	17
2. OBJETIVOS.....	22
2.1 OBJETIVO PRINCIPAL.....	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3. REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1 TEORIAS SOBRE A CLÍNICA: DIÁLOGOS E TENSÕES ENTRE SAÚDE COLETIVA E MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	23
3.1.1 Visões da Saúde Coletiva.....	24
3.1.2 Visões da Medicina de Família e Comunidade	26
3.1.3 MFC e Saúde Coletiva: diálogos e tensões	29
3.1.4 Convergências	31
3.1.5 Considerações finais.....	33
3.2. EDUCAÇÃO MÉDICA: BASES TEÓRICAS PARA O APRENDIZADO EXPERIENCIAL NA COMUNIDADE.....	34
3.2.1 Educação Médica: Flexner e Educação Baseada em Competências.....	35
3.2.2 Aprendizado Experiencial: marco referencial	38
3.2.3 A educação da Sensibilidade: Reflexão, Narrativa, Fenomenologia	46
4. METODOLOGIA.....	49
4.1 TIPO DE ESTUDO	49
4.2 OBJETO DE ESTUDO	49
4.3 LOCAL DO ESTUDO.....	49
4.3.1 Contexto do Internato em MFC/Saúde Mental	50
4.4 MATERIAIS DE PESQUISA	55
4.5 MODO DE PRODUÇÃO DOS DOCUMENTOS	55
4.6 SELEÇÃO DA AMOSTRA	58
4.6.1 Pré-Análise	59
4.6.2 Diários de Campo e Relatórios Finais.....	65
4.6.3 Grupos Focais.....	69

4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	72
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	74
5. APRENDENDO A CLÍNICA DO SOFRIMENTO SOCIAL: NARRATIVAS DO INTERNATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	75
6. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO CLÍNICA COMPLEXA	94
6.1 CLÍNICA DA ‘COMPLEXIDADE DA VIDA’	95
6.2 O MAR DE INCERTEZAS	101
6.3 EXPERIÊNCIA E EQUILÍBRIO DE PODER	105
6.4 VIVENDO AS DORES DA RELAÇÃO	109
6.5 ‘A MFC TEM OUTRO TEMPO’	114
6.6 CONSIDERAÇÃO FINAL DA SEÇÃO	117
7. VENCER A FRUSTRAÇÃO AO ENTRAR DE CABEÇA: O APRENDIZADO DA SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE	119
7.1 PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL EM CENÁRIOS COMUNITÁRIOS	120
7.2 SOFRIMENTO MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	123
7.3 SOFRENDENDO DE CORPO E ALMA	129
7.4 TECNOLOGIAS PSICOSSOCIAIS	132
7.5 “LOUCURA SIM, MAS TEM SEU MÉTODO”	137
8. TORNAR-SE MÉDICO E MÉDICA NA COMUNIDADE.....	143
8.1 GANHANDO CONFIANÇA COM PESSOAS REAIS	145
8.2 CUIDANDO DE CASOS MEMORÁVEIS	150
8.3 “CANSAÇO QUE NÃO É SÓ DO CORPO”	156
8.4 FAZER PARTE DE UMA EQUIPE: “IMAGINA VOCÊ SOZINHO NO SEU CONSULTÓRIO? ”	160
8.5 EDUCAÇÃO MÉDICA COMO PRÁTICA DEMOCRÁTICA	165
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS/DISCUSSÃO DA TESE	172
REFERÊNCIAS	181

1 APRESENTAÇÃO

*“De onde é que vem o baião?
Vem debaixo do barro do chão.
De onde é que vem o xote e o xaxado?
Vem de baixo do barro do chão”
Gilberto Gil*

Ao chegar exausto de um dia de atendimento, em uma morna noite de julho de 2016, fui olhar a janela. A minha frente, em apartamentos de classe média alta no bairro da Tijuca, seguramente entre os 5% de maior renda no país, pessoas cozinhavam, assistiam a TV ou espiavam a vida passar. A minha esquerda, somente via as luzes do morro do Salgueiro. A frase de um colega médico de família e comunidade ecoou: “[...] estamos fazendo história nos morros cariocas”.

Lembrei das pessoas a que havia atendido naquele dia. Suas histórias, suas dores, seus sofrimentos e suas doenças. Imaginei meus pacientes arrumando a casa, ouvindo música, convivendo com suas famílias. Fantasiei que naquele exato momento, cada drama pessoal havia sido suspenso para a hora da janta. E senti uma estranha comunhão com as pessoas que estavam no Morro São Carlos vivendo suas vidas.

Talvez esta tese tenha surgido daquela epifania. Seu prólogo ocorreu anos antes, quando deixei minha carreira de Profissional de Assuntos de Ensino, Pesquisa e Extensão da Unicamp, onde dava suporte à Residência de Medicina da Família e Comunidade (MFC) e ao estágio na Atenção Primária da graduação em medicina daquela universidade, para voltar a assumir uma agenda assistencial. Aprovado em concurso para médico do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, passei alguns meses atendendo na periferia de Porto Alegre em 2014 antes de me estabelecer na capital fluminense em fevereiro de 2015. Ao passar em concurso para professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, queria unir as duas atividades. Minha ideia original era conciliar a atividade docente com o trabalho em uma equipe de saúde da família.

Até então, para mim, “fazer história” tinha uma perspectiva épica, de grandes enfrentamentos políticos em arenas onde a disputa do poder soberano¹ decidiria os rumos da sociedade. Ao estudar como a formação econômica e social brasileira condicionou a política de saúde na ditadura de 1964, minha dissertação de mestrado² apontava para um doutorado neste caminho, mirando o período pós 1985. O espasmo multifacetado que caracterizou os protestos de 2013 me fez questionar minhas visões de mundo de até então. Uma sequência de eventos mínimos mudaria minha forma de enxergar a medicina e as lutas em defesa do SUS.

Ao não ver sentido na disputa das grandes narrativas então travadas, reduzi expectativas e pensei que deveria proteger meus pacientes dos efeitos nocivos das práticas biomédicas em saúde e ensinar meus alunos a respeitarem os direitos dos primeiros.

A mudança de minha atuação profissional me levou a uma reconciliação com a medicina. Vivi por alguns anos um dilema entre ser professor de medicina e preceptor de residentes de Medicina de Família e Comunidade e não imaginar uma vida na assistência, após experiências muito ruins incluídas um episódio de *burn-out*. Ter feito parte das potências, limites e contradições da Reforma da Atenção Primária à Saúde (APS) do município do Rio de Janeiro³ e o valor dado por este processo à formação profissional^{4,5} foi um divisor de águas na minha trajetória: o privilégio de trabalhar em uma rede em franca construção (e posterior tentativa de destruição) implicou no convívio com profissionais extremamente dedicados e qualificados. Este processo foi de imenso aprendizado para mim, e a partir dele pude construir novos sentidos para minha identidade de professor de Medicina de Família e Comunidade.

Ao atuar cotidianamente na produção do cuidado nas entranhas de uma grande metrópole, somado à experiência de ter sido tutor do Programa Mais Médicos no Estado do RJ entre 2015 e 2017, tive uma visão privilegiada dos gargalos de formação, provimento e fixação de médicos para a APS^{6,7}. Também pude experienciar, como professor da UFRJ e como médico da rede, os desdobramentos da ampliação da carga horária do internato na APS, previsto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 do curso de medicina.

Esta medida, visando sensibilizar formadores e estudantes para a impotência da APS na prática médica e na estruturação do SUS, se materializou na UFRJ através de reforma curricular que possibilitou a integração entre o internato de MFC e Saúde Mental, com campo de prática preferencial nas unidades de atenção primária, chamadas Clínicas da Família no RJ. A reforma do internato começou em julho de 2016, e os estudantes passaram a rodar por 22 semanas na rede da APS carioca e se alinha com um movimento internacional na educação médica de superar os tradicionais internatos em bloco para estimular fatores como cuidado longitudinal com pacientes e participação de longo prazo em uma equipe de saúde⁸. Outro aspecto peculiar deste internato é o *setting* urbano e vulnerável, uma vez que parcela expressiva, se não a maioria, das experiências internacionais de internatos integrados e longitudinais ocorre em regiões rurais ou remotas⁸. Viver a combinação entre rede fortalecida, profissionais competentes e grande tempo de prática me permitiu ter diversos questionamentos sobre as potências desta nova forma de ensinar medicina, ao menos na UFRJ.

O desafio de como formar um médico geral competente, que incorporasse parte significativa da maleta de tecnologias da APS, ainda que não fosse especialista em MFC, era a mola mestra destas perguntas. Desde minha imersão como docente nos campos de estágio, em 2015, tive uma percepção de que, ao conviver com médicos de família de sólidos conhecimentos clínicos e comprometidos com a assistência a saúde de seus pacientes, os estudantes se surpreendiam com o quão produtivo era o aprendizado não-hospitalar na APS e, a partir disso, encontraram modelos em quem se espelhar na sua carreira. Mas o papel das equipes multiprofissionais e, em especial, do contato íntimo e longitudinal com as histórias de vida dos pacientes, em sua maioria habitantes das favelas da cidade, e narradas semanalmente nos diários de campo (ferramenta de avaliação do internato) foram grandes diferenciais para o resto do curso, vivido quase exclusivamente em ambiente hospitalar, e conduziram a relatos puros de empatia, humildade e, não raro, grandeza humana admirável para pessoas tão jovens. Ao pensar em uma pesquisa que levasse em conta todos estes fatores, não poderia me filiar a tradições intelectuais que enfocam a cognição individual no processo de educação médica⁹.

Diante dos desafios da formação profissional em um sistema de saúde cada vez mais complexo¹⁰, vi a necessidade de buscar abordagens teóricas que, mais do que aferir desfechos mensuráveis¹¹, dessem conta de apreender a riqueza, a incontornabilidade, a instabilidade, a incerteza, a flexibilidade do aprendizado que acontece no cotidiano dos serviços¹².

Ao se questionar a ideia da *competência* exclusivamente como variável quantificável, identificam-se discursos prevalentes no campo da educação médica, como conhecimento, performance, psicométrica, reflexividade e produtividade¹³. Ao estudar a reflexão dos estudantes no Internato na APS, busquei referenciais construtivistas¹⁴, para os quais a competência profissional, o desenvolvimento da medicina e da educação médica não ocorre de forma linear, mas é condicionada por determinantes sociais e históricos¹³. Tentei, enfim, compreender a reflexão dos internos sobre seu aprendizado como um processo coletivo e situado⁹, em que a educação é percebida como desenvolvimento da sensibilidade às diversas facetas do sofrimento¹.

A exposição do referencial teórico utilizado foi dividida em duas subseções. Na seção 3.1, discuto como a Saúde Coletiva e a Medicina de Família e Comunidade elaboraram críticas e práticas alternativas à biomedicina, buscando explorar tensões e convergências entre estes campos. Na seção 3.2, procurei entender a educação médica como um processo *situado*, em que o contexto é fator decisivo para a aquisição de competências. Ao adicionar o papel da equipe de saúde e dos pacientes ao processo de aprendizagem, superando o enfoque exclusivo

no binômio professor/preceptor e aluno, me apoio em teorias do aprendizado sociocultural para compreender a trajetória dos estudantes no estágio. A estes referências se somam, reflexividade, produção de narrativas e fenomenologia aplicadas à educação médica.

Tendo como objetivo acessar a experiência dos estudantes durante as 22 semanas de estágio na APS, conduzi uma pesquisa documental, qualitativa e exploratória, cuja metodologia está exposta em detalhes na seção 4. Ao estudar os documentos de avaliação do estágio - diários de campo, relatórios finais e grupos focais, conduzi uma análise interpretativa a partir da hermenêutica fenomenológica das narrativas produzidas pelos estudantes. Em um processo iterativo de leitura, conceitualização e escrita, cheguei a quatro grandes categorias, expostas, respectivamente, nas seções 5-8.

Na seção 5, exposto em forma de artigo publicado¹⁵, trata do choque dos internos com o *sofrimento social*, isto é, o acúmulo de sofrimentos e adoecimentos vivenciados por pessoas que vivem com baixos salários e/ou desemprego, más condições de vida e estão espremidas por um mundo de violência estrutural¹⁶, e suas dificuldades em entender e manejar problemas de saúde tão fortemente ancorados em uma realidade social de grande vulnerabilidade. Ao dar-se conta de que a medicina não está apartada da sociedade, os estudantes buscam ressignificar sua prática clínica, por vezes atentos às potências, muitas vezes incógnitas, das favelas e da cidade.

Na seção 6, trato de como os internos passam a entender a Medicina de Família e Comunidade como uma clínica da “complexidade da vida”, ao contrário do estereótipo que a vê como uma prática básica e rasa. Ao se deparar com a incerteza, com a experiência do adoecimento, com o tempo da APS (tanto da consulta como com a longitudinalidade) os estudantes experimentaram, muitos pela primeira vez na vida, desdobramentos clínicos do aprofundamento das relações com seus pacientes.

Na seção 7, exponho temas que emergiram com especial força no componente Saúde Mental do internato. Ao vivenciarem práticas muito diferentes da aprendida na graduação, os estudantes conheceram diferentes sistemas diagnósticos - que implicam em distintas estratégias diagnósticas, a concepção psicossocial do cuidado, bem como das tecnologias assistenciais oriundas da Reforma Psiquiátrica, descobrindo novas formas de lidar com a loucura e com o sofrimento mental comum.

Por fim, na seção 8, escrevo sobre o ato de tornar-se médico em cenário comunitário não-hospitalar, a partir de atender como médico, de lidar com o trabalho em equipe multiprofissional, do impacto de casos desafiadores no auto imaginário do que é ser um

médico competente, concluindo com uma breve observação sobre o papel da APS e da educação médica na disseminação de valores democráticos e plurais.

Ao que tenha conhecimento, é a primeira tese sobre o internato na APS depois das mudanças induzidas pelas Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) de 2014. Penso ainda ser a primeira que utiliza uma abordagem experiencial e sociocultural, valendo-se de ferramentas de reflexividade e a partir das narrativas dos próprios internos em um estágio de MFC e Saúde Mental em que a longitudinalidade tem importância tão grande. Com isto, espero que a tese contribua para a pesquisa em educação médica em cenários comunitários.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Analisar o aprendizado situado dos estudantes no Internato Integrado em Medicina de Família e Comunidade e Saúde Mental da UFRJ por meio da análise dos documentos de avaliação do estágio - diários de campo, relatórios finais e grupos focais - em que suas narrativas pessoais foram registradas

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender a influência de aspectos contextuais no aprendizado dos internos na rede de APS do MRJ;
- b) Identificar potências e limites do aprendizado situado da Medicina Centrada na Pessoa no Internato Integrado através da narrativa dos alunos;
- c) Identificar potências e limites do aprendizado situado de Saúde Mental no Internato Integrado através das narrativas dos alunos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TEORIAS SOBRE A CLÍNICA: DIÁLOGOS E TENSÕES ENTRE SAÚDE COLETIVA E MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

A criação do SUS e a ampliação da Atenção Primária à Saúde implicaram na necessidade de mudar a prática clínica da medicina, baseada no hospital e sustentada pelo paradigma biomédico. Os aportes de diversas disciplinas deram origem a teorias clínicas dos mais variados matizes. No Brasil, dentre os campos acadêmicos que sustentaram o debate público e propostas de mudança de práticas médicas, se encontram a Saúde Coletiva (SC) e, mais recentemente, a Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Este percurso não foi privado de tensões. Como pioneira, a Saúde Coletiva buscou superar a herança positivista da Saúde Pública ao incorporar aspectos históricos, sociais, econômicos, culturais e psicológicos à sua matriz de entendimento do processo saúde e doença. Um dos pilares teóricos da Saúde Coletiva foi a crítica da Medicina Comunitária, tida como herdeira do positivismo e do liberalismo da Medicina Preventiva e reprodutora das iniquidades sociais, visão projetada na sucessora daquela, a MFC^{17,18,19}. Ao mesmo tempo, algumas vertentes da saúde coletiva desenvolveram teorias sobre a clínica que implicaram em propostas de mudança de práticas^{20,21,22}.

Ao receber a herança da crítica à Medicina Comunitária pela Saúde Coletiva, a MFC buscou se desenvolver como campo acadêmico no Brasil inspirando-se em seus pares de países onde estava mais consolidada como disciplina, como Canadá²³ e Reino Unido²⁴. O caminho da interdisciplinaridade também levou a propostas de novos métodos clínicos, sintetizados em livros-texto sobre métodos clínicos centrados nos pacientes^{25,26,27}. A MFC, filha diletta da construção de sistemas nacionais de saúde, também experimentou relações ambivalentes com a Saúde Pública em pelo menos um destes países²⁸.

Buscarei, nesta seção, ao identificar as visões sobre a Clínica de cada um dos campos, com ênfase na perspectiva de superação do paradigma biomédico na prática clínica, enumerar tensões e convergências entre os dois campos, tendo em vista as necessidades de desenvolvimento científico e das práticas de saúde no Sistema Único de Saúde.

3.1.1 Visões da Saúde Coletiva

As origens da Saúde Coletiva como disciplina acadêmica remontam à crítica da articulação entre epistemologia biomédica e práticas de saúde ineficazes e excludentes. Ao analisar a formação discursiva da *Medicina Preventiva* nos EUA - e seus desdobramentos nas Américas, Arouca²⁹ entende que esta legitimava a medicina como uma força reabilitadora do liberalismo e do positivismo - expandidos aos cenários comunitários como *uma nova prática* - em aliança com a Medicina Clínica privada, em oposição à Medicina Social e a Saúde Pública estatais. Ao se apontar a ampliação da cobertura de assistência à saúde proporcionada pela *Medicina Comunitária* como mecanismo de reprodução da força de trabalho e otimização de custos, critica-se o provimento de uma medicina simplificada para as populações empobrecidas, não cobertas pela assistência médica privada daquele país¹⁷. Em síntese, a Saúde Coletiva se opôs ao naturalismo positivista da biomedicina desenvolvendo o conceito de Determinação Social da Saúde e da Doença³⁰, fundindo saberes dos campos da Saúde Pública tradicional com disciplinas das humanidades³¹.

Duas perspectivas (não mutuamente excludentes) do campo da Saúde Coletiva tiveram bastante influência nos modos de ver as práticas médicas. A primeira, da **crítica da racionalidade biomédica**, aponta a fragilidade desta ao dissociar desenvolvimento científico e capacidade curativa^{32,33,34}. A crise médico-sanitária de fins do século XX caracterizou-se pela incapacidade de as tecnologias médicas e sanitárias amenizarem os efeitos deletérios da globalização sobre as populações. Para Luz, a superação desta crise deve passar pela reposição do doente como centro do paradigma médico, pelo resgate da relação médico-paciente, pela busca de meios terapêuticos e diagnósticos mais simples e eficazes, pela busca da autonomia do paciente e pela centralidade paradigmática da saúde e não da doença³³.

A racionalidade da biomedicina contemporânea, sustentada por uma cosmologia mecanicista do adoecimento, reside na retroalimentação dos saberes clínicos e epidemiológicos em um recorte positivista³². A formação discursiva das doenças pela biomedicina é sustentada por três pilares: explicativo (fisiopatologia), morfológico (anatomia) e semiológico (clínica)³². A cisão entre doença e cura se daria pela “força da cientificidade” da medicina pela importância das disciplinas da fisiologia e anatomia, em detrimento da semiologia. Identifica-se no modo como a verdade é construída na biomedicina um processo

de “*purificação teórica*”, em que a necessidade de cura da pessoa doente acaba traduzida como “*ausência de doença*”³⁴. Desta forma, persistência do paradigma biomédico nas ciências da saúde se choca com a “anomalia” da subjetividade, contamina a pureza teórica, o controle, a replicabilidade, a previsibilidade, o sistema de classificações peculiares àquele³⁵, e escancara os limites do modelo hegemônico da medicina, em especial no suposto monopólio epistemológico para as práticas de cuidado.

A perspectiva da superação do paradigma biomédico nas **práticas em saúde** remonta a outros trabalhos^{17,36,37,38} que estudaram as tendências da transformação tecnológica do trabalho médico no Brasil e sua articulação com as mudanças nas práticas de saúde e com a reprodução capitalista em nosso país.

Em um primeiro momento, parte do campo reflete sobre a incapacidade de produzir tecnologias clínicas à altura do desafio da Reforma Sanitária. O Movimento Sanitário “[...] cultivou uma postura de externalidade em relação ao campo micropolítico da produção do cuidado em saúde” (p. 593)³⁹. Desde os anos 90, urgia a superação da “quase impotência de práticas” que predominou no pensamento da saúde coletiva até meados da década de 1990 (p. 118)⁴⁰.

Propõe-se a superação da hegemonia positivista e estruturalista na Saúde Coletiva pela incorporação de outros saberes ao campo, como a Clínica (incluindo seu substrato biomédico), a Pedagogia e a Psicanálise⁴¹. A partir desta avaliação, Campos²¹ propôs o conceito de *Clínica Ampliada*, sugerindo o centramento dos valores de uso do trabalho em saúde em função das necessidades sociais dos usuários do SUS. Ao propor o centramento do Sujeito para a Saúde Coletiva, a Clínica Ampliada busca incorporar distintos saberes (populares, biomédicos, epidemiológicos, das ciências da mente, entre outros) para produzir autonomia entre os sujeitos envolvidos na produção de saúde⁴². Dentre os dispositivos práticos propostos, está o Apoio Matricial, o Vínculo, o Profissional de Referência, o projeto terapêutico singular, bem como o trabalho em equipe (perspectiva transparadigmática) com as definições dos núcleos profissionais⁴³ e os grupos Balint-Paidéia²². Estes autores do grupo Paideia da Universidade de Campinas, vem praticando um diálogo e integração com a Medicina de Família e Comunidade, objetivando integrar seus desenvolvimentos teóricos com saberes desenvolvidos pela atenção primária no Reino Unido, Espanha, Canadá e outros países.

Mehry, baseado em trabalho⁴⁴ que estudou as práticas médicas como um sistema fabril, em que o trabalho tem uma composição técnica, isto é, a relação entre *trabalho morto* - máquinas, equipamentos - e *trabalho vivo*, executado pela ação direta humana, identificou

crescente mudança na composição técnica do trabalho em saúde em favor do trabalho morto, a partir da década de 1990⁴⁵. Para ele, para compreender como a composição tecnológica de cada arranjo produtivo (Modelo Assistencial) atende às demandas de saúde dos usuários é fundamental para as mudanças de práticas. As tecnologias *duras* (como ecógrafo ou estetoscópio), *leve-duras* (saberes estruturados, como Clínica e Epidemiologia) e *leves* (presentes no espaço relacional Trabalhador-Usuário) como componentes da caixa de ferramentas do médico. Para Merhy, a dicotomia entre a dimensão cuidadora (tecnologias leves) e a dimensão tecnológica do trabalho médico (saberes estruturados e equipamentos), pende para a segunda, solapando a primeira. Para inverter esta lógica, defende “[...] a hegemonia do Trabalho Vivo em ato, calçando um trabalho mais relacional, tecnologias leves centrado” (p. 146)⁴⁵, o que permitiria aos usuários ter mais autonomia nos modos de andar a vida.

Ao se pensar o provimento das tecnologias em saúde de acordo com as necessidades dos sujeitos, propõe-se entender a gestão do cuidado em saúde em níveis articulados entre si, do individual ao societário³⁹. Para o que nos interessa aqui - o cuidado nos serviços de saúde, o autor busca destacar as relações entre os aspectos subjetivos - indivíduo, famílias, profissionais - com os aspectos estruturais da produção de cuidado (Epidemiologia, Determinação Social da Saúde e da Doença, Medicina como vetor da Biopolítica Capitalista).

Em síntese, ao buscar aproximar-se do campo da Medicina Clínica, a Saúde Coletiva criou dispositivos destinados a transformar as práticas assistenciais com ênfase na dimensão micropolítica da *gestão do cuidado*. Ao propor incorporar outras racionalidades além do positivismo biomédico, o campo apontou a importância da transdisciplinaridade para a reforma das práticas assistenciais.

3.1.2 Visões da Medicina de Família e Comunidade

Por razões históricas^{46,47,48}, foi apenas na primeira década deste século que a Medicina de Família e Comunidade começou a ganhar força como disciplina acadêmica no Brasil. Neste processo, grande parte do referencial teórico do campo em nosso país é influenciado pela produção de países como Canadá e Reino Unido, pioneiros na produção de métodos clínicos adequados às necessidades da APS, bem como da utilização destes métodos no ensino médico^{25,26,27}.

O desenvolvimento acadêmico da Medicina de Família e Comunidade foi estimulado pelo fortalecimento dos sistemas universais de saúde nos países de alta renda⁴⁹, com a perspectiva de qualificar o cuidado para os usuários, para isto incorporando elementos da realidade social, econômica, psicológica, biológica, entre outros⁵⁰. Uma visão de mundo comum, mediada por mesmos parâmetros epistemológicos, em especial no seu método clínico, amalgama as experiências destes profissionais em torno do mundo²³.

No Brasil, o médico com formação específica para trabalhar na APS é chamado de Médico de Família e Comunidade. Embora a nomenclatura internacional seja diversa (*General Practitioner* no Reino Unido, *Médico Geral e Familiar*, em Portugal, *Family Physician* no Canadá), este profissional médico deve ter como competências atributos APS: práticas centradas em cuidados: de primeiro contato; indiferenciado por idade, sexo ou perfil de adoecimento; com continuidade ao longo do tempo; coordenado dentro e entre setores; focados tanto no indivíduo quanto na população/comunidade⁵¹.

A MFC derivou da Clínica Geral e sua evolução histórica variou conforme os contextos, como nos EUA e Reino Unido²³ ou Brasil^{46,47}. Consoante com a base epistemológica holística, os distintos modelos clínicos usados na MFC buscam transcender a dualidade mente/corpo, pois seu foco é o cuidado com a pessoa que sofre⁵². A MFC esteve fundamentada em seus primórdios nos saberes médicos tradicionais (biociências e epidemiologia), mas seu desenvolvimento científico e prático ulterior necessitou dos aportes de antropologia, sociologia, pedagogia, filosofia, psicologia e teoria literária⁵¹.

As primeiras tentativas de reforma no método clínico ocorrem nos anos 1950, nos campos da MFC e da *psicologia médica*, ao se constatar as limitações do modelo unicausal e biomédico de adoecimento. Ao buscar incorporar “[...] as ambiguidades da abstração e da importância da história de vida da pessoa” (p.61) aos desafios da clínica da APS⁵², Balint⁵³ cunha o termo medicina centrada na pessoa e, fundamentado pela psicanálise, se baseia em conceitos como contratransferência (“o médico como medicamento”) e conflitos inconscientes (“nível profundo do diagnóstico”) para compreender e resolver casos comuns e desafiantes. Anos depois, Engel propôs o modelo biopsicossocial, que advogava para a prática clínica o reconhecimento de múltiplas dimensões (biológicas, sociais, antropológicas, linguísticas, psicológicas) da pessoa que busca atendimento⁵⁴. Ambas tentativas tiveram pouco eco nas escolas médicas.

A diferença entre o sofrimento vivenciado pelos pacientes, com ampla repercussão do contexto cultural (chamado *illness* - traduzido como “perturbação ou “experiência do adoecimento”) da forma biomédica de classificação (*disease*)⁵⁵ é outro conceito incorporado

pelo campo da MFC. Esta diferença é particularmente importante na APS pela maior autonomia vivenciada pelos usuários - quando comparado ao hospital - e pelo fato de que parte expressiva dos problemas neste nível de atenção são “indiferenciados”, ou seja, não tem diagnóstico médico preciso, embora tenha sentido para quem os sofre²³. Kleinman⁵⁵ faz referência aos modelos explanatórios dos pacientes para as doenças a partir da experiência vivida, com existência de verdadeiros sistemas nosológicos baseados em cada contexto cultural. Neste sentido, cultura e contexto modulam e transformam a maneira como indivíduos e sociedades percebem e codificam as diferentes formas de sofrer, contrapondo-se à ideia biomédica de entidades nosológicas universais²³, tornando o campo da antropologia *médica* fundamental para a teoria e prática da APS⁵⁷.

Os fundamentos epidemiológicos da MFC se sustentam em trabalhos⁵⁸ que constatarem melhores indicadores de saúde nos sistemas organizados sob os atributos da APS, entre outros motivos, pela parcimônia e pelo ceticismo no uso de tecnologias duras na clínica. Ao estudar intervenções preventivas sobre populações, percebeu-se que, embora houvesse sucesso para indivíduos com alto risco, ela se tornava ineficaz e medicalizante para a maior parte das populações-alvo - como prescrições dietéticas para o controle da hipercolesterolemia em pessoas de baixo risco⁵⁹. Ao se generalizar o uso de intervenções individuais para mudar fatores influenciados por fatores sociais, a chamada estratégia de alto risco produz, em muitos casos, mais malefícios que benefícios⁶⁰, como para participantes de diversos programas de rastreamento de cânceres⁶¹. Desta forma, a ideia da prevenção quaternária como a prevenção da iatrogenia tornou-se conceito fundamental para a prática da MFC^{62,63}.

Outra síntese deste caldo de cultura teórico foi o desenvolvimento de métodos clínicos e da ênfase na comunicação clínica como eixo reformador da prática da medicina. Estilos de consulta tradicionais, centrado nas visões e discursos dos médicos eram ineficazes e engendravam insatisfação em usuários e profissionais. Diversas propostas de reforma dos estilos de consulta e do método clínico surgiram, com o objetivo de aprimorar o diálogo entre profissionais e usuários, dividir responsabilidades e poderes nas decisões clínicas e ampliar a eficácia das práticas médicas^{25,26,27}, e a comunicação com pacientes e público leigo tornou-se competência fundamental do MFC^{48,51}.

Embora a produção de tecnologias assistenciais para a APS tenha ganhado fôlego, em especial nos países citados, a MFC ainda busca bases conceituais adaptadas à realidade brasileira. Ao dividirem parte dos cenários de prática e possuírem pontos de contato teóricos, MFC e Saúde Coletiva compartilham objetos de crítica e atritos. Estas tensões serão exploradas no próximo item.

3.1.3 MFC e Saúde Coletiva: diálogos e tensões

As disputas entre higienistas, generalistas e especialistas na década de 1920 remontam às tensões entre sanitaristas, especialistas focais e MFCs sobre, respectivamente, à ênfase preventiva e coletiva das ações, da valorização da incorporação tecnológica e da precisão diagnóstica e da centralidade na relação com o paciente⁴⁷. O caldo produzido pela expansão das experiências de Saúde Comunitária e pela proliferação de Departamentos de Medicina Preventiva e Social, nos anos 1970, recolocou a disputa em novos termos. A consolidação da Saúde Coletiva, cuja produção teórica se “complexifica” e tem na criação de instituições como ABRASCO e Cebes marcas do seu fortalecimento acadêmico. A Medicina Geral Comunitária¹, por outro lado, fica inicialmente circunscrita a pequenos serviços nos municípios pioneiros, como Porto Alegre ou Rio, e sua institucionalização nacional é intermitente até os anos 2000^{46,48}.

Estas tensões se desdobraram na indefinição do perfil de profissional médico para a APS no Brasil. Se no Reino Unido a criação do *National Health Service* se valeu da disseminação da *General Practice* nos serviços comunitários, e sua institucionalização como campo acadêmico se deu paripassu à consolidação do NHS²⁴, a formação do SUS não instituiu consenso sobre a especialidade médica da APS, ou mesmo sobre a obrigatoriedade da residência⁶⁴.

Como exposto acima, a produção fundante da Saúde Coletiva critica a Medicina Comunitária como modelo de atenção primária de má qualidade para classes populares, fazendo referência ao modelo estadunidense¹⁷. Para Carvalho⁶⁵, a Medicina Comunitária se articula com o arsenal discursivo da Medicina Preventiva para atenuar as tensões sociais do desenvolvimento capitalista. Estas imagens se projetam pelas décadas seguintes, produzindo

¹ Há uma controvérsia na literatura de Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade sobre o termo exato para designar a especialidade médica e o campo de práticas. Via de regra, a Saúde Coletiva se refere à *Medicina Comunitária* para designar conjunto de práticas médicas que combinavam “extensão de cobertura Sanitária e redução de custos, junto com maior controle social da população por parte do Estado”⁴⁷ (p.117), impulsionadas por organismos estadunidenses. Por outro lado, o termo *Medicina Geral Comunitária* é utilizado pela MFC e se refere à especialidade médica antecessora desta. As tensões em nomear práticas e especialidade denunciam um primeiro ponto de dissenso. Neste texto, utilizarei Medicina Geral Comunitária e Medicina de família e Comunidade, exceto quando citar a literatura da Saúde Coletiva.

mais identidades entre Medicina Comunitária e Medicina Geral Comunitária/Medicina de Família e Comunidade com modelos focalizados e verticais de APS^{18,19,65}. Na bibliografia revista, há apenas menções marginais aos modelos britânicos e canadenses de APS, centrais para os MFCs brasileiros. A imagem da *Community Medicine*, e não da *General Practice*, foi a quem os sanitaristas atribuíram as limitações da MGC/MFC.

Estes debates tiveram expressão concreta no papel dos médicos nos modelos assistenciais. Até os anos 1990, o desenho soviético, implantado em muitos municípios cujas políticas de saúde foram impulsionadas por sanitaristas, como Campinas, Belo Horizonte ou Santos, baseado em pediatras, ginecologistas-obstetras e clínicos gerais de adultos⁶⁶ foi bastante comum no Brasil, com a inclusão de sanitaristas ou médicos sem residência^{36,67,68}. O contraponto seria o modelo de médicos comunitários ou médicos de família e comunidade^{46,48,69,70}. O primado sobre qual especialidade estratégico para a APS permaneceu em disputa por muitos anos⁷¹, sendo apenas recentemente incorporada a documentos oficiais. A julgar pela produção recente, a questão continua posta.

Em estudos com depoimentos de MFCs, a dicotomia entre gestão e clínica é tema recorrente, que apontam para uma cisão entre gestão/Saúde Coletiva e clínica/MFC^{47,70,72}. Embora esta visão tenha evidente base dos lugares ocupados pelas especialidades/campos na divisão do trabalho em saúde, em especial no momento em que a MFC ganha corpo como especialidade médica da APS, é interessante explorar suas nuances. A primeira está na polêmica contra a influência perniciosa do estruturalismo e da vigilância na Clínica.

Uma curiosa tensão utiliza argumentos semelhantes para criticar o outro polo. Tanto MFCs quanto sanitaristas, ao prezar pela singularidade do cuidado clínico, advogam a primazia sobre o olhar sobre sujeitos singulares em detrimento de abordagens massificantes. De forma geral, há críticas de ambos os lados a práticas clínicas pouco singulares e excessivamente centradas na vigilância e na Programação em Saúde^{19,22,68,72,73,74}. Um analisador deste ponto é a organização do acesso e das agendas, em que o olhar “vigilantista” se materializa no cotidiano dos serviços, desvalorizando atributos centrais da APS, como acesso e resolutividade^{73,75}. A organização da agenda é outro analisador para explicitar uma tensão: a abordagem por problemas, mais propensa a abordar as singularidades, e a abordagem por ciclo de vida e problemas específicos, que remete às ações programáticas⁴⁸, e mais além, ao paradigma flexneriano de subespecializações.

No entanto, a necessidade de programar o cuidado a grupos específicos, em especial a usuários com problemas crônicos, a melhoria do acesso valorizando as informações de usuários, a necessidade de disseminar práticas clínicas avalizadas por parâmetros científicos

trouxe mais relevo a temática da Gestão da Clínica⁷⁶. Não há alinhamentos campo-específicos neste caso. Dentre os MFCs, há quem advogue a incorporação de tecnologias menos utilizadas na gestão da clínica no Brasil^{77,78} ou mesmo a incorporação de pagamento por performance⁷⁴, e iniciativas como autocuidado apoiado tem sido aplicadas na APS brasileira⁷⁶. Há, porém, ressalvas para potenciais distorções na produção de cuidado. A crítica da atenção gerenciada⁷⁹ e dos riscos do gerencialismo são temáticas recorrentes na SC, chegando a apontar para o conceito mais abrangente de gestão do cuidado⁸⁰. Norman et al⁸¹ alertam para a “mercantilização” da prática médica sob mecanismos de pagamento por performance baseados em distorções da gestão da clínica, com o fortalecimento de uma prática clínica “científico-burocrática”⁸².

Existem outras tensões que não serão exploradas neste ensaio. As complexas relações entre atenção clínica, modelos assistenciais, gestão do trabalho são atravessadas por valores, papéis ocupados na divisão do trabalho, convicções e conflitos de interesses políticos e econômicos, merecendo estudos adicionais.

3.1.4 Convergências

O quadro 1 faz uma síntese das convergências dos dois campos. Em comum, o ponto de partida de ambos é a insuficiência do paradigma biomédico em subsidiar uma prática clínica eficaz, capaz de dar conta do desafio de construir os serviços de saúde como direito das populações e centrado nas necessidades dos usuários. De acordo com os autores revistos, a superação da clínica biomédica deve ser dada pela incorporação dos aportes de outros saberes, sempre de forma integrada aos conhecimentos clínicos já consagrados.

A centralidade dos sujeitos nas perspectivas clínicas reformadas está embasada por motivos técnicos (pragmáticos), políticos e culturais. Ao desnudar o caráter iatrogênico da clínica centrada no biopoder médico e no etnocentrismo norte-americano e europeu, ambos os campos entendem como central a produção de cuidado e a autonomia dos sujeitos que buscam assistências nos serviços de saúde, defendendo a redução da assimetria de poder entre médicos e pacientes/usuários^{20,21,83}.

A dimensão relacional da prática clínica é fundamental para a APS, em que o sofrimento de fundo psíquico⁵³ é altamente prevalente. Neste sentido, o deslocamento da biomedicina hospitalar para este cenário de prática é iatrogênico e desterritorializado. O papel do inconsciente, das emoções, da história de vida no fortalecimento de vínculos terapêuticos

como diálogos entre sujeitos está presente em muitas obras aqui revistas^{20,21,22,51,53} e incorporado a muitos currículos de escolas médicas nas disciplinas de Psicologia Médica e nos estágios durante internato na APS.

Ao criticar a sobredeterminação (supervalorização) de aspectos estruturais das ciências da saúde (epidemiologia, vigilância, determinantes macrossociais) sobre a clínica, valoriza-se a perspectiva subjetiva do cuidado. O caráter singular de cada encontro clínico, não é, porém, desconectado da realidade social; antes, as perspectivas revisitadas neste ensaio buscam as mediações entre cuidado no plano micro com a dinâmica social mais abrangente, evitando, no entanto, as mistificações deterministas. Indo além, existe um alerta para como as desigualdades sociais se projetam no próprio sistema de atenção à saúde, fato explícito, no Brasil, pela distribuição de médicos⁸⁴ e por maior mortalidade cardiovascular⁸⁵.

É neste sentido que a crítica ao poder das grandes corporações e da dinâmica capitalista como um todo conecta a clínica com a política e a economia. Ao rejeitar práticas clínicas como mera reprodução capitalista, e ancorada na medicina como advogada dos direitos dos pacientes, MFC e SC usam diversos arsenais teóricos para lutar por cuidado de qualidade e promotor da redução das disparidades sociais^{82,86,87}.

Por fim, a grande conclusão é que o campo da clínica na APS é uma “matriz”, como a saúde coletiva, uma trama composta por muitos saberes e práticas ancorados no dia a dia dos serviços de saúde, onde se tece o cuidado. Mais ainda, por ser aberto a muitas tradições intelectuais e profissionais, é necessariamente um campo interprofissional, cujas evidências são ineludíveis⁷⁶ e que deve se desdobrar no campo de produção do conhecimento⁵². O protagonismo de diversas profissões na APS é uma tendência internacional e deve ser saudada com entusiasmo.

Quadro 1 - Convergências entre MFC e SC

Eixo	SC	MFC
Crítica ao reducionismo positivista da biomedicina	Incorporação de aportes da psicologia, da pedagogia e das ciências sociais a clínica ^{20,21,33} Incerteza e complexidade da teoria das doenças ⁸⁸	Reforma da clínica com aportes antropológicos, sociológicos, psicológicos, linguísticos ^{23,52} Incerteza ⁸⁹
Centramento nos sujeitos	Clínica ampliada ^{21,22} Tecnologias leves ²⁰ Dimensões micro do trabalho	Medicina centrada no paciente ⁵³ Método clínico centrado na

	em saúde ³⁹	pessoa ²⁷ Competência cultural ⁹⁰
Valorização dos aspectos relacionais da prática	Clínica ampliada ²¹ Grupos Balint-Paideia ²² Tecnologias leves e o espaço relacional ⁴⁵	Médico como medicamento ⁵³ Fortalecer a relação médico e pessoa ²³
Crítica da Mercantilização das práticas de saúde	Medicina positivista e mercantilização ⁸⁶ Medicina comunitária e reprodução capitalista ¹⁷	Sobrediagnóstico e Mercantilização ⁹¹ Medicamentos Mortais ⁹¹ Mercantilização do corpo ⁸²
Interprofissionalidade e Interdisciplinaridade	Múltiplas dimensões do cuidado em saúde ³⁹ Novos paradigmas em saúde ^{33,34} Redes de Atenção à saúde ⁷⁶	APS como campo multidisciplinar ⁵¹ Abordagem centrada na equipe ²⁷

Fonte: do Autor.

3.1.5 Considerações finais

O Estado da Arte da pesquisa de APS no país “[...] ainda se caracteriza por uma baixa produção científica em relação a outras [áreas]” (p. 482)⁹³. Este ensaio buscou, a partir de uma temática comum a dois protagonistas deste campo, iniciar uma compreensão de eixos comuns e tensões, a serem trabalhados em pesquisas futuras.

A despeito da fragilidade de um campo de pesquisa em consolidação, pensamos que sua agenda deve estar condicionada aos problemas concretos das políticas públicas em saúde, à luz do entendimento da saúde como direito e de como as desigualdades sociais se reproduzem no acesso a serviços de saúde. A célebre Lei de Cuidados Inversos⁸⁶, publicada por um MFC de mineiros de carvão do interior do Reino Unido, enuncia que quanto maior a necessidade de recursos em saúde uma população ou indivíduo precisa, menor a chance de deles dispor. Esta lei ainda ecoa forte pelas favelas, quebradas, ribeiras, sertões, fronteiras e nações indígenas do país.

Longe de esmiuçar uma agenda de pesquisa, gostaríamos de ressaltar a importância do protagonismo dos dois campos acadêmicos na formulação de políticas para o Sistema Único de Saúde. À moda de García Márquez, penso que, se houver para estas duas estirpes uma segunda chance sobre a terra, este diálogo deve estar fundamentado na produção de

tecnologias clínicas centradas nas necessidades dos usuários do SUS. Podemos apenas citar como exemplos: superar as barreiras sociais, culturais e linguísticas que separam médicos e pacientes no Brasil; aprofundar a integração da profissão e da ciência médica aos desafios da interprofissionalidade e transdisciplinaridade; melhorar o diálogo com a produção científica internacional do campo; priorizar a educação de novos profissionais, com a devida ênfase na APS, como perspectiva democratizante para a profissão médica e para o SUS.

3.2. EDUCAÇÃO MÉDICA: BASES TEÓRICAS PARA O APRENDIZADO EXPERIENCIAL NA COMUNIDADE

As transformações que levaram os cenários da formação médica na graduação para fora dos muros dos hospitais universitários é uma tendência observada no mundo⁹⁴ e no Brasil⁹⁵. A diversidade de cenários (hospitais de base comunitária, unidades de atenção primária) colocou a centralidade do *contexto* (social, cultural, epidemiológico) na formação médica⁹⁶. De forma mais abrangente, definem a educação médica como produto da interação de identidade, local (ou contexto), poder e incerteza⁹.

Por outro lado, a necessidade de *padronização* da qualidade dos profissionais formados subsidiou o movimento da *educação médica baseada em competências*, que ganhou força nas últimas décadas. Este modelo de organização curricular, grosso modo, estabelece matrizes com variáveis que definem a competência – ou incompetência – do aprendiz para determinada fase da educação. Habilidades e atitudes, mais que o mero acúmulo de conhecimentos, são dimensões também prezadas por esta abordagem. Os objetivos educacionais passam a ser organizados em função dos desfechos, isto é, a aquisição de competências demonstradas objetivamente pela superação de *marcos (milestones)* pelos aprendizes¹¹. É o método de avaliação dos órgãos certificadores da profissão médica em Canadá, EUA, Escócia, entre outros⁹⁷.

Tendo em vista esta tensão (particular versus universal), este capítulo buscará debater marcos referenciais que embasem o aprendizado em medicina em cenários comunitários. Em primeiro lugar, discutirá as potencialidades e tensões entre visões contextuais e padronizadoras da educação médica. Em segundo lugar, procurará fazer uma aproximação entre aprendizado experiencial e desenvolvimento de competências. Por fim, irá elencar o conjunto de abordagens teóricas que fundamentam a análise do material coletado.

3.2.1 Educação Médica: Flexner e Educação Baseada em Competências

3.2.1.1 O Desafio da Formação Profissional: de Flexner às competências

O desafio da formação médica se encontra em desenvolver o ensino-aprendizagem do conhecimento relativo ao processo saúde-doença (cura, poder sobre a morte, entre outros) com a formação de um profissional prático. Neste sentido, a medicina é uma profissão, que articula teoria e conhecimento à resolução de problemas práticos, isto é, não escolásticos⁹⁸. O que se espera do profissional médico também não é estático: as competências profissionais mudam conforme tempo e espaço¹³.

As bases do ensino da medicina moderna estão cristalizadas no movimento desencadeado pelo Relatório Flexner (1910), e podem ser resumidas nos seguintes pontos: defesa da medicina positivista; rigor no ingresso nas escolas médicas; método científico como paradigma da prática médica; aprendizado prático; ênfase no desenvolvimento de pesquisas originais. Os desdobramentos são conhecidos: recomendações para criação de ciclos básicos (com ênfase nas disciplinas biológicas baseadas em laboratórios) seguidos de ciclos clínicos, onde se aprende em hospitais universitários próprios a clinicar; valorização de professores-pesquisadores e dedicados em tempo integral às atividades universitárias⁹⁹.

O relatório Flexner representou também o ápice do processo de modernização da medicina e da escola médica dos EUA, iniciado no contexto pós-guerra civil. Desde os anos 1870, várias escolas médicas ampliaram a duração do curso, abriram laboratórios de ensino e pesquisa e ampliaram o rigor (para se graduar, os estudantes precisaram então serem aprovados em todas as disciplinas, requisito até então inexistente), sendo a novíssima Johns Hopkins University (1890) o caso exemplar¹⁰⁰.

A penetração do paradigma científico encontrou já estabelecido o projeto de setores da profissão médica de ampliar seu status na sociedade americana, o que enfrentou resistências de um setor conservador da corporação, influente nas escolas médicas. Além dos resultados sobre o novo arcabouço curricular, dos requisitos para os docentes, do paradigma científico, da estrutura mínima necessária, os desdobramentos do relatório terminaram por homogeneizar e dar coesão à profissão médica e inaugurar um novo padrão a ser seguido, em comparação à extrema pulverização e heterogeneidade das práticas médicas. Ele também foi responsável por elitizar, masculinizar e embranquecer as escolas e a profissão médica¹⁰⁰.

As críticas ao chamado modelo flexneriano ocupam bastante espaço na literatura, como a articulação entre cientificismo, establishment médico e grande capital¹⁰¹. No Brasil, com a Reforma Universitária da ditadura (1968), o desenho curricular e institucional da escola médica e da universidade brasileira passa a seguir o modelo flexneriano¹⁰², embora a influência de Flexner no Brasil remonte à década de 1920¹⁰³. Outras críticas aos desdobramentos do relatório, apontadas em revisões recentes^{99,103}, condenam a perda da dimensão subjetiva e da relação médico paciente, a ênfase no aprendizado de conhecimentos, a visão individualista (em oposição à social) da prática médica. Para Ludmerer⁹⁹ e Almeida Filho¹⁰³, críticas do próprio Flexner ao excessivo rigor, cientificismo e estreiteza tecnicista que tomaram conta das escolas médicas anos após 1910 pontuam que o criador não aprovou a criatura.

De fato, no relatório há menção à importância da medicina preventiva, do desenvolvimento humanista, sem negar a centralidade da medicina positivista e enorme importância que Flexner atribuía às bases científicas da prática¹⁰⁴. O Relatório Flexner foi o grande divisor de águas do ensino e a prática da medicina, e a base da reforma universitária no mundo no século 20¹⁰³.

O fato é que ao menos dois aspectos do modelo adotado pelas escolas médicas encontram-se em xeque na atualidade: a centralidade do hospital como cenário de prática e a biomedicina como paradigma científico, exclusivo ou principal, da medicina. Sobre o primeiro ponto, a expansão da APS (e consequente mudança nas práticas de saúde) demandou um novo tipo de médico, com expertise para a prática ambulatorial⁸⁷. O aumento no número de estudantes de medicina e as necessidades do sistema de saúde implicam na necessidade de cenários ambulatoriais de formação, com ênfase na comunidade¹⁰⁵. Com mudanças nas DCN e com políticas indutoras, o Brasil segue esta tendência internacional⁹⁵.

3.2.1.2 Educação Médica Baseada em Competências

A partir dos anos 1970, a perspectiva da Educação Baseada em Competências passa a ganhar corpo na educação médica, buscando formar profissionais de saúde mais adequados - isto é, competentes - às necessidades sociais. A Educação Médica Baseada em Competências tem três princípios fundantes: deve se basear nas necessidades de saúde da população; o objetivo principal devem ser os desfechos desejados para estudantes, mais que para estruturas e processos do sistema educacional; por fim, a formação de um médico deve ser transparente

em todo o continuum de educação, treinamento e prática⁹⁷. É destacada a convergência do termo “competência”, mais vago quando o debate alcança o campo da educação médica, para variáveis discretas e integradoras de diversas dimensões da prática médica (habilidades, conhecimentos e atitudes), passíveis de medição - e, portanto, capazes de orientar a organização curricular, de tal forma a ser considerada “a revolução flexneriana do século 21”¹⁰⁶. A seguir, um resumo da comparação entre estruturas e processos dos currículos tradicionais e baseado em competências:

Quadro 2 – Comparação entre currículos baseados em estrutura e processos e currículos baseados em competência

A Comparison of the Elements of Structure- and Process-based Versus Competency-based Educational Programs		
Variable	Educational Program	
	Structure- and Process-based	Competency-based
Driving force for curriculum	Content—knowledge acquisition	Outcome—knowledge application
Driving force for process	Teacher	Learner
Path of learning	Hierarchical (teacher $\Rightarrow$ student)	Non-hierarchical (teacher $\Leftrightarrow$ student)
Responsibility for content	Teacher	Student and teacher
Goal of educational encounter	Knowledge acquisition	Knowledge application
Typical assessment tool	Single subjective measure	Multiple objective measures (“evaluation portfolio”)
Assessment tool	Proxy	Authentic (mimics real tasks of profession)
Setting for evaluation	Removed (gestalt)	“In the trenches” (direct observation)
Evaluation	Norm-referenced	Criterion-referenced
Timing of assessment	Emphasis on summative	Emphasis on formative
Program completion	Fixed time	Variable time

Fonte: referência 106.

Mais recentemente, a EMBC tem sido alvo de críticas. Em uma revisão, encontrou-se: dificuldades práticas e logísticas: falta de modelos para planos de aprendizado singulares e inconsistência na definição, implementação e avaliação das competências; e teórico-conceituais: competência não é a soma de subcompetências, competências não existem fora dos contextos de prática, a EBMC não captura adequadamente o conhecimento e habilidades necessárias aos médicos contemporâneos; as abordagens atuais de avaliação não abordam adequadamente todas as competências¹¹.

Hodges¹³ propôs uma análise genealógica para compreender os discursos presentes no debate atual sobre educação das profissões de saúde baseada em competências, e como estes discursos concebem o papel dos profissionais na sociedade, na relação entre as profissões e os projetos de profissionalização. Após identificar cinco discursos (Conhecimento, Performance, Psicometria, Reflexão e Produção), ele discorre sobre como estes discursos permeiam o campo, como podem se tornar tanto técnicas de “governamentalidade” como uma perspectiva

abrangente de propostas de mudança da educação profissional em saúde. Partindo de referencial foucaultiano, este autor pensa que os discursos podem ser produtivos, desde que se entenda competência como um construto sócio histórico permeado por relações de poder, rejeitando a ideia de competência profissional como desdobramento natural do progresso científico¹³.

Neste sentido, pensar a Educação Médica na APS é considerar a miríade de contextos - realidades sociais, culturais, geográficas - do território brasileiro. O campo da formação médica em cenários da APS tem buscado incorporar a perspectiva da educação baseada em competências^{105,106,107}. Por este motivo, considerar o lugar como categoria fundamental para o processo de aprendizado ajuda a qualificar a ideia de aquisição de competências no ensino médico, de modo a reduzir as preocupações com o reducionismo e funcionalismo da EMBC.

Considero que o currículo é um território em disputa¹⁰⁸. Desta maneira, este trabalho busca entender as experiências de formação na rede de serviços de saúde na cidade do Rio de Janeiro, no bojo do processo vigoroso de estruturação da APS após décadas de ausência do poder público. O trabalho docente feito de forma coletiva por profissionais da rede e professores da universidade tem tido capacidade de disputar a centralidade no currículo. Ademais, parto da concepção de que as experiências sociais são legítimas produtoras de conhecimento. E a experiência de estudantes em formação, quase-médicos, em contato com trabalhadores e usuários da APS, pode fazer falar o encontro entre diversos saberes (tradicionais, populares, médicos) sobre cura e cuidado, numa perspectiva pluralista de cuidados em saúde⁵⁵.

3.2.2 Aprendizado Experiencial: marco referencial

3.2.2.1 Competência e Contexto na Educação Médica

Depois de alguns meses estudando teorias educacionais aplicadas à educação médica, senti um certo alívio ao ler que “[...] recém-chegados ao campo da educação médica poderiam ser perdoados por estarem confusos. A educação médica é um lugar movimentado e clamoroso, onde uma série de práticas pedagógicas, filosofias educacionais e estruturas conceituais colidem” (p. 3, tradução nossa)¹⁰⁹

A polifonia do campo sobre competência pode ser vista sublinhando o caráter social e historicamente determinado das visões sobre a educação médica, sintetizadas por Hodges ao dissecar os discursos sobre a competência na educação médica neste começo de século (quadro 3)¹³. A despeito das críticas feitas a cada uma das produções discursivas, este autor conclui que discursos e poder são realidades no campo, e a natureza das relações associadas a cada discurso devem ser compreendidas para que se conheçam seus limites na pesquisa no campo. Para ele, esta diversidade, quando tomada de forma crítica, pode ser produtiva para o aprendizado dos estudantes e para o aprimoramento do corpo docente.

Quadro 3 – Características dos diferentes discursos sobre competência

Discurso	Palavras chave	Definição de competência
Conhecimento	Fatos, conhecimento teórico, ciência básica, livros texto, artigos clássicos, questões de múltipla escolha	Domínio de conhecimento complexo e especializado
Performance	Simulações, feedback, habilidade, OSCE, múltiplas observações	Performance de habilidades e comportamentos observáveis
Psicometria	Confiabilidade, validade, generabilidade, dados, psicométrica, checklists, ponto de corte, padronização	Medida de atributos e comportamentos humanos convertidos em desfechos validados
Reflexão	Aprendizado autoguiado, contratos de aprendizagem, portfolio, aprendizado de adulto	Capacidade de reflexão, autoavaliação e autorregulação
Produção	Custo, produto acabado, accountability, desfechos, eficiência	Resultado de processos eficientes e produtivos

Fonte: referência 13.

De acordo com a Kaufman e Mann¹¹⁰, diversas abordagens teóricas no campo da educação médica buscam superar as perspectivas que desvinculam o processo de aprendizado da prática clínica: o estudante é ativo no processo educacional; o aprendizado é processo complexo e mutante, em que interagem estudantes, pacientes e professores; valores, atitudes e cultura profissional são em geral aprendidos tacitamente; o aprendizado é facilitado quando é prático; os conhecimentos experiência prévia dos estudantes são centrais para o modo como

aprendem; o papel das emoções no aprendizado é comumente subestimado; a capacidade de refletir sobre a própria prática é decisiva para aprendizado contínuo; por fim, destaco a importância do aprendizado coletivo, em contínua e íntima relação com o aprendizado individual, e que ocorre no processo de trabalho. Estes autores entendem que:

A aplicação da teoria educacional à prática sempre foi um pouco eclética. Isso não é incomum em ciências aplicadas, como a educação. Wilson e Myers argumentam que os profissionais tendem a ser oportunistas em relação a concepções teóricas; eles podem tentar visualizar um problema de uma perspectiva, depois outra, e comparar os resultados. Essa postura pode ser chamada de "sacola", mas preferimos pensar nela como um problema ou centrado no praticante. As pessoas, e não as ideologias, estão no controle. As necessidades da situação se elevam acima de regras, modelos ou mesmo conjuntos de valores. Embora isso possa ser descrito como pragmático, preferimos uma abordagem mais integradora. Para tornar esta exposição da teoria tão útil quanto possível à nossa prática educacional, acreditamos ser útil considerar as relações entre os referenciais teóricos e a consistência de mensagens e temas que podem ser extraídos de todos eles para informar o ensino e a aprendizagem. Alguns desses temas comuns são apresentados aqui (p. 25, tradução nossa) ¹¹⁰

Considerando que o território onde estudei o processo pedagógico na formação médica no RJ passa por: a) Aprendizado como processo complexo; b) Aprendizado experiencial baseado no ambiente de trabalho; c) Reflexividade; d) por fim, Narrativa, minha tarefa neste momento foi elaborar um marco referencial que permita compreender os achados deste cenário.

3.2.2.2 Aprendizado como Processo Complexo

A transformação dos cenários de prática impactou a visão tradicional da educação médica. De um processo meramente individual - ou, na melhor das hipóteses, centrada na interação professor-aluno, novos fatores, como o papel da equipe de saúde¹¹¹, de equipamentos e artefatos⁹, de pacientes¹¹² e das comunidades^{95,96} ganham importância. A formação em medicina está em permanente transformação, em grande medida pelo caráter instável, incerto e mutante dos sistemas de atenção à saúde¹¹³. Em síntese, a educação médica, inserida em um sistema de atenção à saúde, pode ser compreendida como um sistema não-linear¹¹⁴. Esta visão se insere na perspectiva da complexidade, cujas características estão sintetizadas abaixo:

Quadro 4 – Características de sistemas complexos e adaptativos

Limites imprecisos
As ações dos agentes são baseadas em regras internalizadas
Os agentes e o sistema são adaptativos
Os sistemas estão incorporados em outros sistemas e co-evoluem
Tensão e paradoxo são fenômenos naturais, não necessariamente para serem resolvidos
A interação leva a um comportamento novo e emergente
Não linearidade e imprevisibilidade inerentes
Auto-organização inerente através de regras simples aplicadas localmente

Fonte: referência 113.

Em uma hipotética clínica da família com oito equipes no RJ, trabalham 21 médicos (dos quais 13 residentes), 8 enfermeiras, 8 técnicas de enfermagem, 36 ACS, três dentistas, 6 técnicos de consultório dentário, três auxiliares de serviço geral, um vigilante, um técnico de RX, um ultrassonografista, um farmacêutico e dois auxiliares de farmácia. Estes profissionais atendem, individual ou coletivamente, 28 mil pessoas de diferentes estratos sociais, origens raciais e experiências com cuidados em saúde, que adoecem por epidemias de arboviroses, pelas consequências da escalada de violência armada na comunidade, pela alta carga de doenças crônicas não-transmissíveis, pela falta de continuidade com os profissionais com os quais vincularam. A atenção clínica é provida em um serviço de saúde onde existem 25 computadores conectados à internet, uma máquina de Raio X, um aparelho de ultrassonografia, 15 consultórios clínicos, 3 consultórios dentários, uma farmácia, uma sala de imunização, uma sala de coleta, um auditório, uma recepção e uma sala de ACS. Eletrocautérios, instrumentos cirúrgicos, macas ginecológicas. Esta descrição em microscopia de fragmento do SUS ilustra como as interações entre profissionais, usuários, equipamentos, artefatos tornam a produção de cuidado um sistema complexo, com elevado grau de incerteza, imprevisibilidade, com limites ao controle e intervenções das políticas de saúde e, ressaltando, todos estes elementos estão em processo constante de mudança¹¹⁵.

A formação médica centrada em cenários práticos - em oposição à crescente importância da simulação - traz grandes vantagens para o aprendiz, que ganha capacidade de produzir respostas adaptativas a situações de incerteza na prática clínica⁹. Como a educação

médica é sempre um processo territorializado, radicalmente situado no tempo e no espaço, mediado pela cultura, pela sociedade e pela tecnologia¹², o trabalho em equipe ganha relevância inaudita. Lingard et al, em pesquisa sobre educação médica e interprofissional sob a lente da complexidade, mostraram resultados conflitantes e mesmo prejudiciais ao cuidado em saúde, mesmo partindo de objetivos inquestionáveis (“cuidado com paciente”)¹¹⁶.

Pesquisas informadas pela abordagem da complexidade tem como objetivo explorar tensões e expor múltiplas perspectivas, e como são baseadas em modelos explicativos multicausais, o foco das pesquisas deve explorar dualidades, tensões dinâmicas e interrelações entre fatores múltiplos, bem como outros fatores emergentes no campo¹⁰. Desta maneira, busco a lente da complexidade para meu pacote de aplicativos que irá analisar a experiência dos estudantes.

À medida que o foco da educação médica se desloca do individual para o social, matrizes teóricas do aprendizado socioculturais e sociomateriais ganham preponderância e a produção científica no campo passa a valorizar aspectos ontológicos, experienciais, bem como a importância dos contextos individuais de estudantes, pacientes e formadores. Frente à complexidade da temática da educação médica, pesquisas com foco nas interações e conexões entre fenômenos e atividades tornam-se fundamentais^{114,115}.

3.2.2.3 Teorias do Aprendizado Experiencial: o estudante de medicina na sociedade e na cultura

O termo aprendizado experiencial na literatura da educação médica diz respeito principalmente às experiências individuais de aprendizes¹⁴. Muitas teorias populares no campo estão ancoradas na experiência e se encontram sob o guarda-chuva das correntes denominadas de construtivismo, como a teoria de educação de adultos de Knowles, a teoria do aprendizado experiencial de Kolb, o construtivismo de Piaget, a reflexividade de Schön^{108,113}. Embora tenham distintas perspectivas e modos de ver o processo de aprendizagem, elas têm em comum o enfoque no aprendizado individual, desconsiderando aspectos sociais e culturais do aprendizado: “[...] As perspectivas socioculturais vão além do reconhecimento de que a experiência no mundo social resulta no aprendizado individual, fazendo com seja visto como algo essencialmente comunitário e localizado na sociedade, e não na cabeça dos indivíduos”¹¹⁷ (p. 106, tradução nossa).

A formação médica trata, fundamentalmente, de treinar o olhar¹¹⁸ ou a atenção⁴⁷ dos futuros médicos para certos aspectos do sofrimento - e desviar sua atenção de outros. A formação médica tradicional educa a sensibilidade médica para a objetividade biomédica, que reproduz padrão autoritário de relação com pacientes¹. Trata-se de padrão concentrado de *distribuição da sensibilidade*, processo eminentemente político, muitas vezes obscuro e via de regra profundamente antidemocrático. Por exemplo, o treinamento simulado da sensibilidade via Exame Clínico Objetivo (sigla em inglês: OSCE) ganha força na educação médica, levantando preocupações sobre criação de pseudoempatia e reprodução de comportamentos opressores¹¹⁸. Neste sentido, o aprendizado clínico com pacientes reais representa ganhos consideráveis de qualidade, não apenas do ponto de vista cognitivo e relacional, como da consolidação de democracia na educação médica^{9,119,120,121,122}

A centralidade da formação em serviço é descrita em termos de aprendizado de normas e práticas profissionais¹²³ e do conhecimento situado - isto é, produzido e reproduzido em cada contexto particular¹²⁴. Quero destacar um grupo de teorias que partem da experiência individual como integrante inseparável de processos sociais de aprendizado.

Dentre os autores pioneiros na identificação dos aspectos sociais do aprendizado, destaca-se Lev Vigotsky. Ele desenvolveu os conceitos de zona de desenvolvimento proximal, espaço metafórico onde o aprendizado se expande a partir da interação entre aprendiz e outros agentes e estruturas. Isto levou a entender o aprendizado experiencial composto por dois tipos de conhecimento: conhecimento espontâneo, produzido pela busca de sentido pelo aprendiz, e científico, corpo de conhecimentos sistematizados, abstratos e teóricos da experiência passada do aprendiz¹¹⁷.

Ainda de acordo com Vigotsky, citado por Frambach et al, a relação dialética humanidade/natureza implica, para o aprendizado, em processos complementares de internalização e externalização:

O processo no qual os indivíduos são continuamente influenciados e formados por seu ambiente é definido como internalização: os humanos fazem constantes "reconstruções internas de uma operação externa". Simultaneamente, eles constroem e moldam seu ambiente, que é definido como externalização: uma criação contínua de novos artefatos que transforma o ambiente social e cultural¹²⁵. (P. 192, tradução nossa)

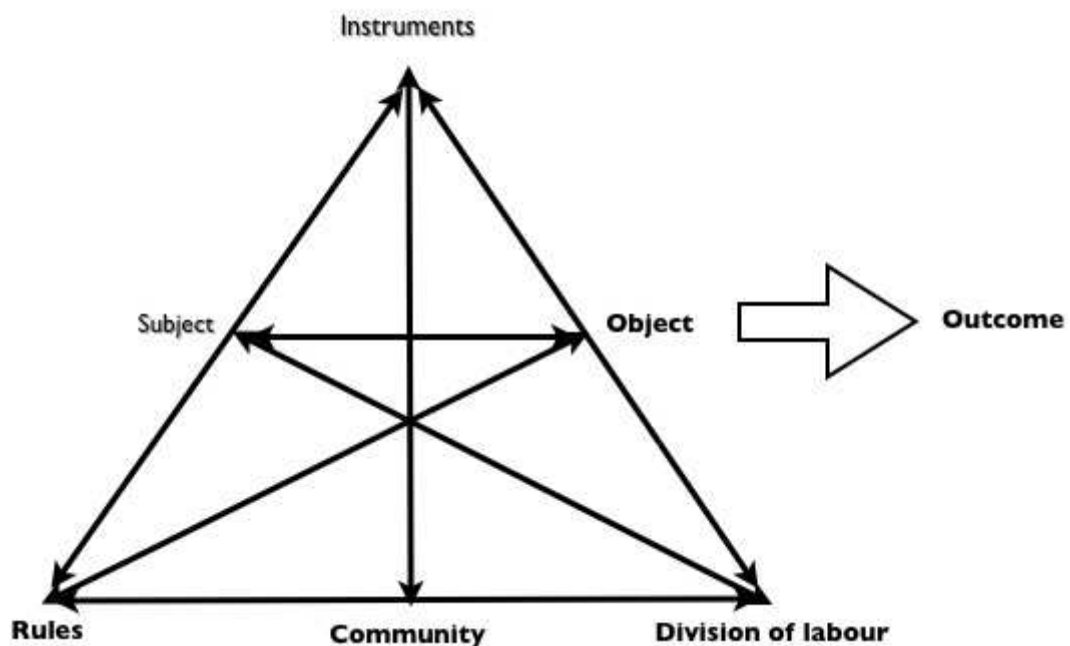
Os trabalhos de Vigotsky e de outros teóricos contemporâneos, como Luria e Leontiev, foram descobertos no chamado “ocidente” há poucas décadas, em virtude da falta de intercâmbio acadêmico durante a Guerra Fria. Eles deram origem a grande número de

teorias educacionais, dentre as quais quero destacar a Teoria da Atividade e o Aprendizado Situado, ou Comunidades de Prática.

3.2.2.3.1 Teoria da Atividade

Como desenvolvimento das ideias de Vigotsky, este sistema teórico pensa, em sua versão mais simples, o trabalho como a relação entre sujeito e objeto mediado por um artefato. A evolução deste ramo de pensamento passa a entender o trabalho situado em contextos específicos, em que regras, comunidades e divisão do trabalho entram no Diagrama da chamada segunda geração da Teoria da Atividade, proposta por Engestrom.¹²⁶

Figura 1 – Diagrama da Teoria da Atividade



Fonte: referência 126.

A evolução da Teoria da Atividade pensa neste diagrama como uma interação de sistemas, sendo também chamada de Análise de Sistemas de Atividade. Este referencial entende o processo de trabalho como contraditório, em que as diferentes trajetórias históricas, contextos culturais e sociais e posição que as profissões ocupam na divisão do trabalho se desdobram no aprendizado¹²⁵. Um exemplo seria como as diferentes visões sobre o cuidado de médicos, enfermeiros, ACSs impactam no aprendizado dos internos.

Isto leva a outro conceito central da teoria da atividade, que é a multivocalidade. Embora a Teoria da Atividade parta da dialética marxista, a ideia de multivocalidade alude ao princípio do dialogismo de Bakhtin. Para Johnston e Dornan, a linguagem como mediação social traz inevitavelmente a incerteza, pois há diferenças sobre o sentido de quem enuncia e quem recebe o enunciado¹²⁶.

Por fim, para a Teoria da Atividade, o aprendizado social é baseado na criatividade coletiva para a resolução de problemas que surgem durante o processo de trabalho. A este processo adaptativo, moldado pela agência humana, se dá o nome de *aprendizado expansivo* quando repetido de forma sequencial. É importante ressaltar que nem sempre as contradições e a multivocalidade conduzem ao aprendizado expansivo, mas, quando o fazem, o resultado (por exemplo, um plano terapêutico compartilhado para uma situação clínica singular) recoloca as relações entre aprendizes, professores e pacientes em um novo patamar, com novas questões de trabalho e aprendizagem¹²⁶.

A Teoria da Atividade apresenta-se, para o estudo da educação médica baseada em serviço, como referencial para apreender a complexidade social e cultural intrínsecas aos trabalhos em saúde; foca no aprendizado inserido nas contradições do trabalho em saúde; busca inserir o indivíduo no meio social em que vive e aprende e entender suas experiências; No entanto, há riscos inerentes a abordagem tão abrangente: perda de capacidade explanatória (por supostamente sobrepor teoria a pesquisa empírica), e não se relaciona com nenhuma metodologia de pesquisa específica.

3.2.2.3.2 *Aprendizado Sociocultural Situado ou Comunidades de Prática (CP)*

As teorias que jogam luz sobre o aprendizado situado em um contexto, portanto, influenciado pela atividade, contexto e cultura se dividem de acordo com seu foco: indivíduo ou comunidade/sociedade¹²⁷. Pensando o aprendizado experiencial como um fenômeno sociocultural - em oposição ao aprendizado situado individual, Jean Lave e Etienne Wenger¹²⁸ propuseram uma teoria do aprendizado situado em cenários práticos (e, portanto, coletivos) denominada Comunidades de Prática ou Participação Periférica Legítima.

Ao pensar no estudante noviço em um cenário de aprendizado prático, as autoras definem a Comunidade de Prática como um coletivo organizado para desenvolver tarefas em comum¹²⁹. O noviço integra esta comunidade como membro periférico, observando e

executando tarefas simples. À medida que absorve tarefas mais complexas, se move progressivamente para o centro da comunidade, numa atividade mutuamente influenciada:

Através da participação, engajamento ativo e assumindo responsabilidade crescente, o indivíduo assume e adquire os papéis, habilidades, normas e valores da cultura e da comunidade. Além disso, como os alunos são transformados através da participação na comunidade, a participação deles, por sua vez, transforma a comunidade. (p.64, tradução nossa)¹²⁹

Os estudantes aprendem “a fazer” e “ao fazer” em um cenário de *aprendizado incidental*, que existe antes e para além de suas necessidades de aprendizado, através de *engajamento ativo*, onde o aprendizado é *subproduto* do ambiente¹³⁰. Neste processo, os estudantes refletem sobre sua profissão e seu lugar na comunidade. Esta participação é legitimada pela escola médica e pelo serviço de saúde e se aplica à produção e reprodução de conhecimentos, habilidades e atitudes na comunidade de prática, num processo dialético entre aprendiz, docentes e profissionais de saúde¹⁴. Caso estas interações sejam de algum modo disfuncionais, o aprendizado pode levar o estudante à marginalização na comunidade¹¹⁷.

Em síntese, a teoria da aprendizagem sociocultural situada foca no desenvolvimento global dos estudantes. Ao discernir entre currículo de aprendizado e currículo de ensino, ela enfoca o caráter eminentemente prático da educação em seu sentido mais abrangente¹¹⁷. Para os proponentes da teoria, aprendizado, produção de sentido e identidade são aspectos fundamentais da formação profissional. Desta maneira, Teoria da Atividade e Aprendizado Sociocultural são chaves complementares de estudo do aprendizado experiencial da medicina.

3.2.3 A educação da Sensibilidade: Reflexão, Narrativa, Fenomenologia

Por fim, para estudar o aprendizado sociocultural dos estudantes busquei referências que acessem suas reflexões e narrativas. Como complemento, busquei conceitos da fenomenologia para auxiliar na interpretação destes dados.

A reflexão faz parte dos discursos dominantes na educação médica¹³, sendo um dos processos que modula a prática dos profissionais de saúde e que ganha profundidade e complexidade ao longo da graduação e da residência, na medida em que os estudantes ganham autonomia¹³¹. No entanto, novas formas de reflexividade têm emergido para além das necessidades de aprendizado do profissional individual.

Ao analisar os efeitos da sub-representação de mulheres no ambiente cirúrgico, advoga-se o uso da reflexão para questionamento de práticas não igualitárias, de forma a extrapolar normas sociais injustas no campo da medicina¹³². A reflexividade passa a ser *agente de mudança*. De modo semelhante, novas formas de reflexividade devem estar articuladas com as necessidades do sistema de saúde e da formação médica como prática coletiva:

Esse é um elemento central no processo de avaliação de um médico e deve ser aprendido no início da carreira de um estudante de medicina. Isso aborda questões como "por que eu fiz essa escolha, e não outra?" Quais valores informaram essa decisão? "Que efeito essa ação pode ter sobre outras pessoas?" Essas atividades de aprendizado podem ser fundamentadas no conhecimento prático, mas introduzem 'deliberação' e 'reflexão' como elementos-chave, aprofundando a reflexividade ou uma explicação explícita para a atividade e os valores que impulsionam e informam aquela atividade (p. 57. tradução nossa)⁹.

A medicina baseada em narrativa é outra abordagem que tem sido utilizada na educação médica¹³³. Ao partir da mais elementar tarefa médica – a entrevista clínica – os desdobramentos que as palavras têm como forma de expressar a experiência do adoecimento e como os estudantes interpretam o que foi dito pelos pacientes¹³⁴. Trata-se da “[...] abordagem das situações de adoecimento, como modo de integrar os contextos socioculturais com os significados singulares e com a maneira como as pessoas expressam seus sofrimentos e organizam suas demandas. ” (p.481)¹³⁵

Apresentar o sofrimento do paciente é produzir um texto como produção estética, que desenvolve e coproduz a sensibilidade do estudante e do médico para olhar para aquele. A forma de apresentar os casos¹³⁶ educa a retórica dos futuros médicos¹³⁷ e modelos de apresentação de casos clínicos centrados nas pessoas podem ajudar os estudantes a incorporar estes modelos em sua prática¹³⁸; de outra forma, o modelo biomédico produz uma descrição objetificada dos sinais e sintomas da semiologia clássica^{83,138}. Modelos mais centrados no paciente irão adicionar a experiência do adoecimento, o contexto proximal e amplo e a relação aluno-paciente têm potência para produção de narrativas mais afins à integralidade dos sujeitos^{135,139}. Ademais, ao incorporar narrativa combinada com reflexão na educação médica, há evidências de que isto produz cuidado mais compassivo, melhora na comunicação com os pacientes e promove crescimento profissional¹⁴⁰.

Mas o que ataria estas narrativas? Como poderia exercer meu papel de demiurgo deste texto? Ao ficar atento à experiência vivida dos internos, ao pertencer ao cenário da pesquisa

(como professor e como pesquisador) e, por fim, ao conduzir a pesquisa por um processo iterativo de reflexão e escrita, requisitei o referencial da fenomenologia hermenêutica e busquei acessar as “estruturas da experiência vivida” que moldam os fenômenos que estudei¹³⁹.

Ainda assim, por se tratar de trabalho exploratório, em muitos momentos deverei acessar a fenomenologia descritiva para tentar, antes de compreender, reconhecer os elementos vividos que as narrativas contêm, como a elaborar um mapa enquanto me movimento pelo campo. Ao transitar entre descrição e interpretação, construo minha “posicionalidade” pelo referencial teórico, que é mediado pela escrita¹⁴². Ao estudar o aprendizado baseado no trabalho na APS como ponta de lança das anomalias paradigmáticas da biomedicina como uma prática da modernidade, a aproximação com o referencial fenomenológico restaura “[...] a natureza corporificada da experiência da doença à importância analítica e não requer uma separação tensa entre as polaridades modernistas” (p. 549, tradução nossa)¹⁴³. Ao unir Reflexão, Narrativa e Fenomenologia, busco tecer um referencial que possa, ancorado nas palavras que expressaram as experiências vividas pelos internos, mapear e compreender as constelações de sentidos por eles produzidas nas 22 semanas em que aprenderam a ser médicos na comunidade.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo documental qualitativo e exploratório.

A análise documental é método consagrado no campo da História, em que, ao utilizar documentos oficiais, cartas, textos jornalísticos, as usa como fontes primárias¹⁴⁴. Pode ser definida como “[...] procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos” (p.5) ¹⁴⁵. No campo das ciências sociais, a pesquisa documental foi muito popular na primeira metade do século 20, voltando a ganhar relevância na última década do século passado¹⁴⁶.

Estudarei materiais utilizados como instrumentos de avaliação do internato de MFC/SM da UFRJ. Embora este método seja comum na área de educação, ainda é raro no contexto de “florescimento” das pesquisas em educação médica nos últimos anos¹⁴⁷. Embora no campo da História os documentos sejam considerados fontes primárias, entendo que no caso da Educação Médica, e neste estudo em específico, os materiais estudados são fontes secundárias, produzidas pelos sujeitos do processo de ensino. O caráter exploratório decorre da pequena quantidade de estudos sobre internato em APS no Brasil. Também não pude encontrar, em minha revisão, estudos sobre internatos integrados em MFC e Saúde Mental/Psiquiatria.

4.2 OBJETO DE ESTUDO

O aprendizado experiencial e situado de internos nas unidades de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro (MRJ) no estágio de Medicina de Família e Comunidade/Saúde Mental da Universidade Federal do Rio de Janeiro - campus Fundão

4.3 LOCAL DO ESTUDO

O internato integrado em MFC/Saúde Mental da UFRJ durante o período de estudo se deu em 13 unidades de APS do município do Rio de Janeiro, conforme o mapa abaixo. São territórios de grande heterogeneidade: há clínicas cujas equipes atendem populações com

indicadores de desenvolvimento social muito discrepantes. Atendem perfis populacionais que vão, na linguagem cotidiana da cidade, do “asfalto” ao “morro”, próximas ou distantes da unidade, há clínicas que atendem populações majoritariamente de classe média da zona sul ou norte ou majoritariamente populações empobrecidas de áreas periféricas.

Mapa 1 – Localização dos campos de estágio do Internato Integrado



Fonte: Google Maps (2019).

4.3.1 Contexto do Internato em MFC/Saúde Mental

O currículo da UFRJ, no período de implementação do SUS, tinha a maior parte da carga horária, de formação na prática, no hospital. Seja pela força da tradição, seja pela grandiosidade de seu complexo hospitalar, composto por 9 unidades, seja pela fragilidade de serviços de base comunitária na cidade, o fato é que apenas timidamente a universidade levou

seus estudantes para cenários de prática extramuros. A experiência desenvolvida na década de 1990 com a disciplina Atenção Integral à Saúde (terceiro período do curso), em uma unidade de APS na Vila do João (Complexo da Maré), foi interrompida em 1995 pela escalada de violência no local. A seguir, novos cenários de práticas foram organizados, desta vez em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde.

Em 2006, seguindo as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina, foi iniciado o internato eletivo em Medicina de Família e Comunidade, tornado obrigatório a partir de 2009, com duração de oito semanas. Como cenários de prática, os municípios de Piraí (RJ) e a própria capital fluminense¹⁴⁸. O internato em MFC passou por duas grandes transformações desde então.

Em primeiro lugar, a reforma da APS na cidade do Rio de Janeiro ampliou a cobertura da Estratégia de Saúde da Família de 3% em 2009 para 70% em 2016, provendo acesso a cerca de 4 milhões de pessoas. Os investimentos substantivos em infraestrutura, como a construção de unidades novas e bem equipadas puderam subsidiar o investimento estratégico na formação de médicos de família e comunidade como eixo estruturante da reforma, bem como no incentivo a estudantes de graduação a seguirem esta carreira¹⁴⁹.

Figura 2 - Clínica da Família no Rio de Janeiro



À esquerda: Entrada de Clínica da Família. À direita: Jardim interno em Clínica da Família no Rio de Janeiro

Fonte: do autor

Figura 3 - Sala de Espera em Clínica da Família grupo com pacientes



À Direita: Sala de Espera em Clínica da Família (retirado); à esquerda, grupo com pacientes em Clínica da Família

Fontes: <http://www.otics.org.br/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/clinicasdafamilia/clinicas-da-familia-inauguradas/ap-5.3/clinica-da-familia-samuel-penha-valle>; <http://smsdc-clinicadafamilia-mariadosocorro.blogspot.com/>

Além de promover mudanças profundas na relação entre a rede de saúde e o aparato formador, a SMS-RJ fez investimentos volumosos na formação de residentes médicos e enfermeiros, como se pôde verificar pela expansão no número de vagas para R1 em MFC no município: em 2011, havia 12 vagas; em 2019, cerca de 200, de 4 programas. A gestão municipal ainda fez convênios com as instituições formadoras para incentivar as unidades de APS a receber estudantes e, com isso, fortalecê-las como cenário de práticas, bem como ampliar a oferta de bolsas-estágio para graduandos em medicina nas unidades de APS (69 bolsas em 2011 para 500 bolsas em 2016)⁴.

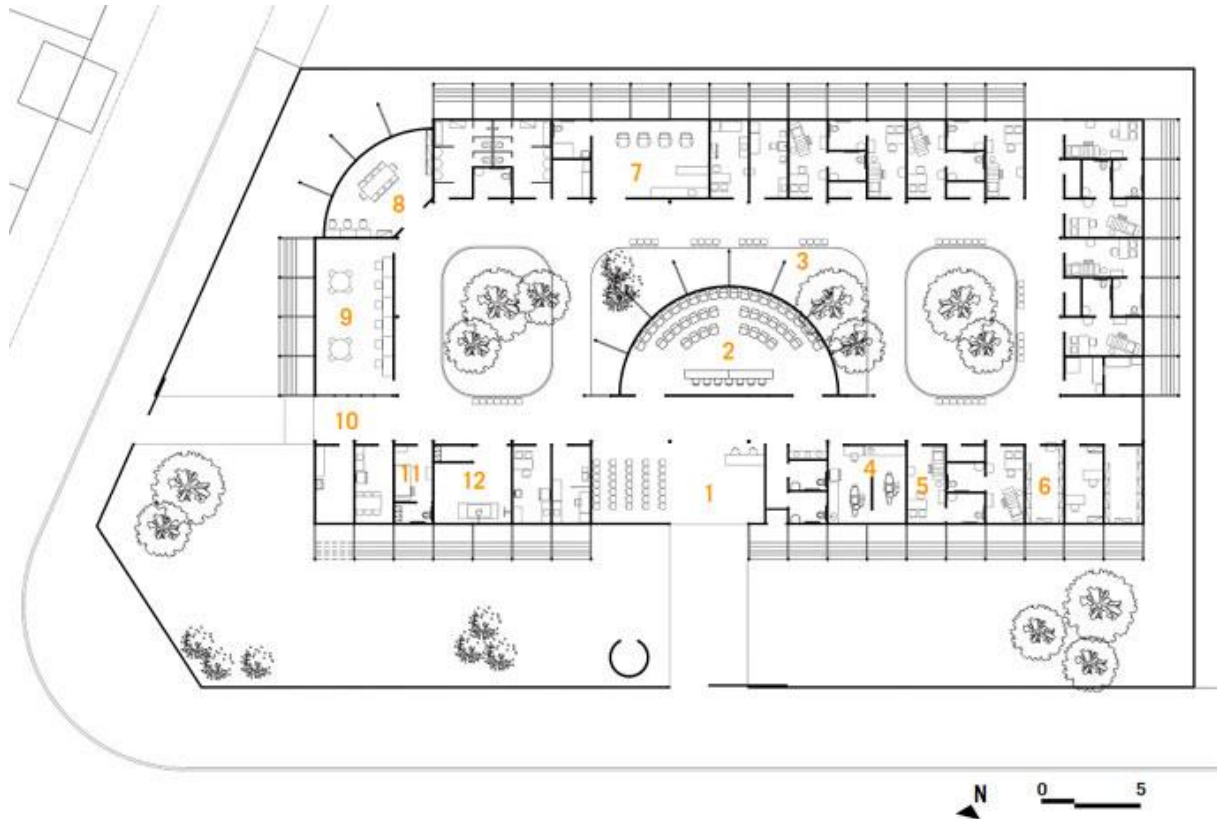
Figura 4 - Clínica da Família no Rio de Janeiro



Foto: Renata Missagia.

Fonte: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>).

Figura 5 - Planta baixa de Clínica da Família



1. Recepção / 2. Auditório / 3. Jardim / 4. Odontologia / 5. Consultórios / 6. Farmácia / 7. Observação/8.Reuniões/9.Agentes 10. Acesso de serviço / 11. Ultrassonografia / 12. Radiografia

Fonte: <http://marjoriekaroline.blogspot.com/2011/11/clinica-da-familia-rio-de-janeiro.html>

Em segundo lugar, após entendimento com o Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal (DPML), tornou-se internato integrado de MFC e Saúde Mental, com duração de 22 semanas a partir de 2016. Este ambiente propício para um internato na APS se somou à crise do complexo hospitalar da UFRJ, que se arrasta desde a década de 1990, trazendo prejuízos para o internato intramuros.

A partir de 2017, o estágio pode trazer cerca de 90 internos (do décimo ao décimo segundo período) simultaneamente para a rede de APS do município do RJ. O desenho de um estágio destas dimensões remonta ao internato de MFC: supervisões semanais com professores da universidade - desde 2015 uma dupla de cada um dos departamentos envolvidos - e diária com os preceptores locais, que são os profissionais de saúde do

município. No manual do internato, estão descritos os conhecimentos, habilidades e atitudes que se espera que alunos desenvolvam ao longo do estágio.

Quadro 5 – Objetivos do internato integrado em MFC/Saúde Mental UFRJ

Ampliar cenários de práticas para o ensino da medicina, segundo orientação das DCN/2014, constituindo estágio obrigatório na área da Atenção Primária à Saúde - Estratégia Saúde da Família.
Desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes para a prática da medicina de família, com abordagem integral e ação interdisciplinar em consonância com os princípios do SUS;
Realizar ações de prevenção, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade, considerando os ciclos de vida, as diferentes realidades sociais e ênfase aos transtornos mentais;
Desenvolver relação médico-paciente com vínculo que assegure o seguimento longitudinal do indivíduo, com responsabilização pela continuidade do cuidado;
Utilizar os meios diagnósticos e terapêuticos adequados a prática clínica em Atenção Primária à Saúde, com postura crítica sobre suas indicações e limitações, levando em conta os princípios da medicina baseada em evidências e a relação custo-efetividade dos diversos procedimentos
Fazer visitas domiciliares para orientações clínicas, promoção da saúde, prevenção e rastreamento de doenças
Realizar atividades coletivas com grupos sociais, famílias e comunidades, com vista a ações de proteção e promoção da saúde
Atuar de forma interdisciplinar na ESF, reconhecendo a capacidade e responsabilidades da rede local e membros da equipe
Trabalhar com os dados epidemiológicos da região, propondo ações de vigilância a saúde voltadas para as necessidades identificadas
Analisar de forma crítica o processo de gerenciamento local, executando ações que aumentem a resolubilidade do atendimento primário, identificando e utilizando adequadamente as referências e contra-referências do sistema de saúde
Conhecer a rede pública de atendimento à saúde mental
Identificar e estar apto a tratar dos transtornos mentais comuns, reconhecendo também os transtornos mentais maiores e mais complexos, sabendo identificar e encaminhar para atendimento especializado quando necessário.
Reconhecer o sofrimento psíquico presente em muitos usuários, sendo capaz de contextualizá-lo e acolhê-lo dentro do âmbito da consulta médica

Fonte: Manual do Internato¹⁵⁰.

As ferramentas de avaliação são: diários de campo reflexivos, enviados semanalmente pelos internos e discutidos no processo de supervisão semanal. Relatórios finais reflexivos, entregues ao fim da rodada; um trabalho de conclusão de curso, monografia orientada pelos professores e/ou preceptores. Desde 2017, foram incorporadas sessões clínicas mensais descentralizadas por Áreas Programáticas. Os internos são incentivados a se incorporarem nas atividades didáticas das clínicas onde há programas de residência em MFC (há 3 programas

no município: UFRJ/Fiocruz, UERJ e SMS-RJ), como canais teóricos, matriciamento de especialidades (Saúde Mental, Dermatologia, Procedimentos), grupos Balint, análise de videogravação de consultas e sessões clínicas. No fim de 2016, a partir de um entendimento de que acessar a experiências dos internos com suas práticas (pregressas e ao fim do estágio), foi proposta uma nova metodologia de avaliação formativa: grupos focais dos internos a partir do estímulo com vídeos curtos sobre situações comuns na APS.

4.4 MATERIAIS DE PESQUISA

O universo da pesquisa foram os diários de campo, relatórios finais e grupos focais. Tais documentos foram produzidos, por exigência do processo avaliativo do internato de estudantes de medicina que cursaram o décimo e o décimo primeiro semestre no Internato rotatório de MFC/Saúde Mental. Todos rodam em unidades de Atenção Primária (Clínica da Família ou Centro Municipal de Saúde) do MRJ. Foram incluídos, em uma primeira seleção, os documentos produzidos por estudantes que iniciaram o internato a partir de agosto de 2016 e concluíram até dezembro de 2017 e que cursaram 22 semanas de estágio rotatório.

Na estrutura curricular da UFRJ, poucos alunos chegam ao 10º período com experiência clínica ambulatorial, e a maioria destes estagiou apenas no hospital. Esta é, portanto, a régua com a qual os internos medem a prática. Ainda assim, todos os alunos que chegam ao 11º período já participaram ativamente de consultas clínicas no estágio inicial do curso. Foram excluídos os documentos produzidos pelos alunos do décimo segundo período, pois eles constituem um subgrupo novo no estágio (desde junho de 2017).

Dentro deste universo, detalharei adiante quais foram os procedimentos adotados para a seleção dos 10 diários de campo e relatórios finais, bem como para a seleção dos 10 grupos focais analisados.

4.5 MODO DE PRODUÇÃO DOS DOCUMENTOS

Os dados são coletados sistematicamente durante o estágio do internato, com o intuito de garantir posterior avaliação do processo de formação. Interessam especificamente à pesquisa: os diários de campo enviados semanalmente aos supervisores; os relatórios finais, entregues ao término do estágio para os supervisores; por fim, os grupos focais, que foram

aplicados na primeira e na última semana do estágio para todas as turmas de internato no ano de 2017.

Os diários de campo foram adotados desde 2008 como metodologia de avaliação formativa. São enviados semanalmente por e-mail aos professores, e embasam a supervisão semanal, que é encontro entre os professores da universidade e os internos, e onde são abordadas as vivências de maneira reflexiva. Trata-se de “[...] registro livre dos alunos sobre o dia-a-dia do estágio, realizado a partir de reflexões críticas das vivências do estágio (p.96) ”¹⁵⁰.

No Manual do Internato, as orientações para a produção dos diários de campo são assim descritas:

Cada aluno deve registrar de forma individual suas atividades realizadas no campo de estágio. Este registro diário é um recurso técnico utilizado nas pesquisas em Ciências Sociais e nós o adotamos por considerarmos sua aplicação:

- eficaz para o acompanhamento das atividades e do processo de aprendizagem que está ocorrendo no cenário da prática;
- pelo seu caráter formativo para o aluno, que ao final terá um documento que apresenta suas questões de reflexão durante a atuação no campo de estágio

(...)Neste sentido o diário de campo deverá ser feito como uma síntese das atividades realizadas no dia, acompanhado das reflexões, questões que foram suscitadas no desempenho das mesmas (p.7).

Os relatórios finais são entregues aos professores ao término da rotação. São elementos de avaliação somativa, e consistem em “[...] um relato global do período do estágio com apreciação do seu significado para a formação profissional”¹⁵⁰. No Manual do Internato, estão descritos os objetivos de avaliação:

Cada aluno deve entregar aos docentes supervisores ao final do estágio um Relatório Final de Atividades: um relato global do período do estágio com apreciação do seu significado para a formação profissional, com avaliação dos seguintes critérios: Entendimento da ESF – 2,0; Concepção ampliada do processo saúde doença – 2,0; Reflexões sobre as atividades- 2,0; Sugestões e contribuições para melhoria da assistência- 2,0; Apresentação e cuidado na elaboração do relatório - 2,0. Solicita-se para a elaboração do relatório final consulta aos diários de campo. Neste relatório deve estar presente também uma avaliação do componente de saúde mental do internato. (p.7)

Os Grupos Focais foram introduzidos em 2017 como ferramenta de avaliação das necessidades de aprimoramento pedagógico da disciplina¹⁵¹ de forma a privilegiar o diálogo entre os estudantes. Os grupos focais foram feitos entre janeiro de 2017 e dezembro de 2017.

Ao todo, houve duas turmas de M10 e duas turmas de M11, com aproximadamente 90 alunos cada. Estas turmas foram subdivididas em 3 grupos de 10 e 12 participantes, e em cada dia ocorriam 3 grupos simultaneamente. No total, foram feitos 24 grupos focais com os alunos pertencentes ao universo da pesquisa. Todos os grupos foram gravados em áudio.

O desenho dos grupos focais buscava acessar a dimensão experiencial dos alunos: após a exibição de pequenos vídeos, descritos a seguir, foram feitas perguntas disparadoras, como está descrito no quadro abaixo:

Quadro 6 – Descrição do Roteiro dos GFs

Grupo Focal de Entrada 1ª semana	- Vídeo 1 (“Gás Carbônico”, 5 minutos de duração): ator interpreta a narrativa de personagem fictício em que relata como após inalar gás carbônico ficou diferente, com problemas que nomeia como ansiedade, mas que vivencia como um quadro paranoico, pois acha que ficou desta maneira por ter sido obrigado pela família a trabalhar em meio à poluição do ar urbano. - Vídeo 2 (Trechos de Episódio da série “Unidade Básica”, 4 minutos de duração): um médico de família se vê em dilema ético e existencial frente a paciente com hepatopatia crônica grave, com possível indicação de transplante de fígado e que faz uso abusivo de álcool. O fígado para transplante é viabilizado, mas o consumo do álcool não foi modificado. A família solicita ao médico que faça relatório chancelando o transplante.
Grupo Focal de Saída 22ª semana	Vídeo 3 (Trechos de Episódio da série “Unidade Básica”, 6 minutos de duração): a equipe da APS deve atender uma família complexa, em que o pai é portador de sofrimento mental grave e agride o MFC da equipe, ao sentir-se perseguido por todos. Após este fato, a equipe demanda internação compulsória do paciente, que desestrutura a família. Os demais membros do núcleo familiar têm problemas de saúde comuns à APS. Após este fato, a equipe busca se vincular novamente a família compartilhando elementos do delírio.
Perguntas disparadoras para os dois grupos focais	“O que acabou de acontecer? ” “o que vocês acham que aconteceu?”

Fonte: do Autor.

No GF de entrada, as perguntas disparadoras foram feitas após a exibição do primeiro vídeo. Como os grupos focais ocorriam dentro de um dia de atividades de acolhimento, havia um limite de tempo para o debate dos grupos focais, de até uma hora. A limitação de tempo e a percepção do ponto de saturação pelo coordenador levavam ao encerramento da primeira etapa do GF, passando-se para o segundo vídeo, e o procedimento era repetido. Já no GF de saída, havia apenas um vídeo. O papel do coordenador do grupo focal se restringe a estimular

a discussão sem sugerir ou induzir o acesso a dimensões outras além da experiencial, como a racional.

Os vídeos foram escolhidos por um grupo de professores do internato em dezembro de 2016, por serem representativo de situações vivenciadas no cotidiano de várias equipes da APS. O vídeo 1 foi feito pelo Projeto multicêntrico “Experiência, Narrativa e Conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário”, desenvolvido no decorrer de 24 meses (de fevereiro de 2009 a janeiro de 2011), com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a coordenação geral do Prof. Octavio Dumont de Serpa Jr., do Laboratório de Pesquisas e Estudos em Psicopatologia e Subjetividade do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), que envolveu parceria com o grupo de pesquisa Interfaces - Saúde Mental/Saúde Coletiva, sob a Prof.^a Rosana T. Onocko-Campos, do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (DSC/FCM/UNICAMP).

Esses vídeos foram utilizados na fase inicial da pesquisa para a seleção de participantes. As experiências narradas em vídeo eram apresentadas a possíveis participantes e aqueles que com elas se identificavam eram convidados a tomar parte no estudo (outros critérios de seleção foram associados a este). Os trechos selecionados dos Episódios da série “Unidade Básica” foram escolhidos por professores da disciplina e editados por mim.

4.6 SELEÇÃO DA AMOSTRA

O tipo de seleção da amostra foi intencional¹⁵². Por ser professor da disciplina, tendo sido supervisor em muitas clínicas da família, tive, no início da pesquisa, visão panorâmica dos campos. Desta forma, antes de selecionar os diários de campo, busquei as Clínicas da Família onde houvesse programa de residência – o que garantiria maior compromisso com a formação. Além disso, em apenas um entre treze campos de estágio não tinha programa de residência médica, de forma que esta é a realidade da maior parte dos campos de estágio. Escolhi as que atendessem populações de alta vulnerabilidade, considerando que o provimento e a fixação de médicos são mais difíceis nestes cenários. Com este recorte, buscava entender como ocorre a sensibilização dos estudantes para os problemas de saúde vividos por estas populações. As unidades escolhidas têm população favelada como seu principal público, mas em algumas áreas do território há população em situação de rua e em

ocupações de imóveis em áreas tidas como de “asfalto”, bem como ilhas de classe média e média baixa no asfalto. Procurei, com isso, delimitar experiências com setores da população com piores indicadores de saúde e de acesso a serviços de saúde.

Procurei ainda, para garantir maior heterogeneidade, equilibrar as clínicas com diferentes programas de residência em Medicina de Família e Comunidade. Dos quatro programas existentes, três foram contemplados na seleção. A partir daí, busquei diários de campo em que as experiências fossem descritas de forma mais implicada. Explico. Dos diários que li, uma parte que não calculei continham apenas relatos de casos, com enfoque em aspectos biomédicos. Este tipo de narrativa, quando predominante no diário, não foi aproveitada. Este é um viés relevante, o que poderia distorcer a análise se o objetivo fosse buscar correlações entre a exposição ao estágio e determinado desfecho ou outro tipo de teste de hipóteses, o que não é o caso. Ainda assim, este viés conduz a escolha dos documentos a um determinado perfil, o que representa uma perda para a compreensão do universo de estudantes que estagiaram neste internato.

Desta forma, do universo de cerca de 120 documentos produzidos por estudantes M10 e M11 de 2017, selecionei 15 diários de campo de 4 clínicas (de um total de 13), dentre os quais selecionei uma parte para pré-análise, que explicarei abaixo. Fui supervisor de internato em duas das clínicas no ano de 2017 e havia sido em outra no ano anterior, tendo familiaridade (ainda que em graus distintos) com quase todos os campos. Em apenas um desconheço o contexto, embora tenha relações pessoais e profissionais com alguns trabalhadores destes serviços.

Os grupos focais foram escolhidos com base no critério da qualidade técnica das gravações. Como muitas gravações estavam impossíveis de serem transcritas, um número restrito foi aproveitado. Nos grupos focais, havia internos das mais variadas clínicas, e compunham um grupo mais heterogêneo que o dos grupos focais.

4.6.1 Pré-Análise

No início do processo de seleção da amostra, fiz uma pré análise que contemplou: 4 diários de campo, de 2 clínicas de família diferentes, 2 grupos focais de entrada e 1 de saída. A ideia original do trabalho era compreender o aprendizado da consulta na APS, utilizando um dos métodos clínicos citados na seção 3, o Método Clínico Centrado na Pessoa²⁶. A grade original de pesquisa (quadro 7) contemplava os três primeiros componentes do método:

Avaliação da doença e da experiência de estar doente; conhecendo a pessoa como um todo; por fim, elaborando um plano conjunto de manejo:

Quadro 7 - Grade de Análise provisória

Tema	Subtemas
Avaliação da doença e da experiência de estar doente	• Sintomas ou razões para vir a consulta • Sentimentos • Ideias • Impacto na funcionalidade • Expectativas
Conhecendo a pessoa como um todo	• Família • Ciclo de vida • Apoio Social • Personalidade • Contexto
Elaborando um plano conjunto de manejo	• Definição do problema • Objetivos do tratamento e/ou manejo • Reconhece como o médico respondeu à falta de concordância, e o grau de flexibilidade e entendimento que teve para lidar com isso?

Fonte: do Autor.

Todos os DC/RFs da pré-análise foram de alunos supervisionados por mim. Isto se deu pela facilidade de acesso ao material, pois os arquivos encontravam-se em minha caixa de emails. Já os grupos focais foram os que estavam disponíveis em boa qualidade de áudio e que me foram enviados pelos professores que dispunham dos arquivos, dos quais selecionei 3 para transcrição. Infelizmente, 4 de 17 gravações (de um total de 24, das quais 7 não foram localizadas) foram impossíveis de serem transcritas por estarem incompreensíveis ou não foram encontradas.

Comecei a pré-análise registrando as experiências narradas pelos internos, como “[...] meu paciente que estava tratando para tuberculose foi preso, e não conseguimos localizá-lo” ou “[...] fulana então começou a chorar quando perguntei se havia passado algum aborrecimento”, procurando agrupá-las conforme o modelo do quadro 8. A ideia original seria agrupar nas 3 categorias do Método Clínico Centrado na Pessoa. No entanto, ao tentar agrupar nos temas pré-definidos, comecei a me dar conta de que surgiam novos, e, para tentar compreendê-las, busquei construir um instrumento em que agruparia as experiências relatadas em um primeiro grau de abstração (tema) e em um segundo grau de abstração (categoria). No Quadro 8, há um exemplo da construção dos temas e categorias a partir das narrativas.

Quadro 8 - Temas e Categoria, Pré-Análise

Experiência/Narrativa	Abstração de 1ª ordem (Tema)	Abstração de 2ª ordem (Categoria)
Consulta concluída sem diagnóstico	Incerteza clínica Quadros pouco diferenciados Abordagem precoce	Aprendendo Medicina Centrada na Pessoa
Narrativa de paciente vivendo em extrema pobreza	vulnerabilidade extrema e saúde	Aprendendo a clínica do sofrimento social
Reconhecimento do louco como pessoa portadora de desejos e funcionalidade	Loucura e estigma	Aprendendo Saúde Mental na Comunidade
Ambivalência (sofrimento e orgulho) diante da elevada pressão assistencial	senso de responsabilidade profissional	Tornando-se médico fora do hospital

Fonte: do autor.

Figura 6 - Exemplo da análise das narrativas e da construção dos temas e categorias

SEMANA	EXPERIÊNCIA	ABSTRAÇÃO 1º nível	ABSTRAÇÃO 2º NÍVEL
	"Sempre gostei muito de Medicina da Família e Comunidade. Acho que é a especialidade mais completa e a que mais oferece a minha maior paixão dentro da Medicina: o contato com o paciente."	apreço por MFC prazer em atender pessoas	aprendendo a medicina centrada na pessoa Tornando-se médica fora do hospital
	"tivemos um momento riquíssimo, que foi a apresentação do grupo "A Voz do Usuário". Foi tocante pois pudemos ver as dificuldades que eles enfrentam, as conquistas que vêm alcançando, e o quanto o sistema de saúde tem um papel fundamental em todas as questões."	tocada pela voz dos usuários empoderamento papel do SUS experiência de adoecimento	Aprendendo Saúde Mental aprendendo a medicina centrada na pessoa
	"Assistimos, em especial, um vídeo da série "Unidade Básica" e discutimos bastante sobre a postura do personagem, médico, frente um paciente que o desapontou ao esconder que ainda fazia uso de bebidas alcoólicas. As opiniões foram variadas e estou ansiosa para ver se continuarei pensando da mesma forma ao final dessa rodada."	GF teve opiniões diversas expectativa do estágio	Tornando-se médica fora do hospital

Fonte: do autor.

Mediante este processo, montei uma nova grade de análise (quadro 9), para proceder à interpretação de todo o material a ser estudado. Pude perceber a existência de outros eixos

temáticos, que acabaram por se impor devido a relevância na narrativa dos alunos, e a interpretação destas questões me levou a incluir novos temas, provisoriamente denominados: “Tornar-se médico em uma cidade segregada”; “Aprendendo a Medicina Centrada na Pessoa”; “Aprendendo Saúde Mental na Comunidade”; “Tornando-se médico fora do hospital”. Para a análise dos dados, mantive em linhas gerais dos temas e categorias da grade que iria aplicar na análise.

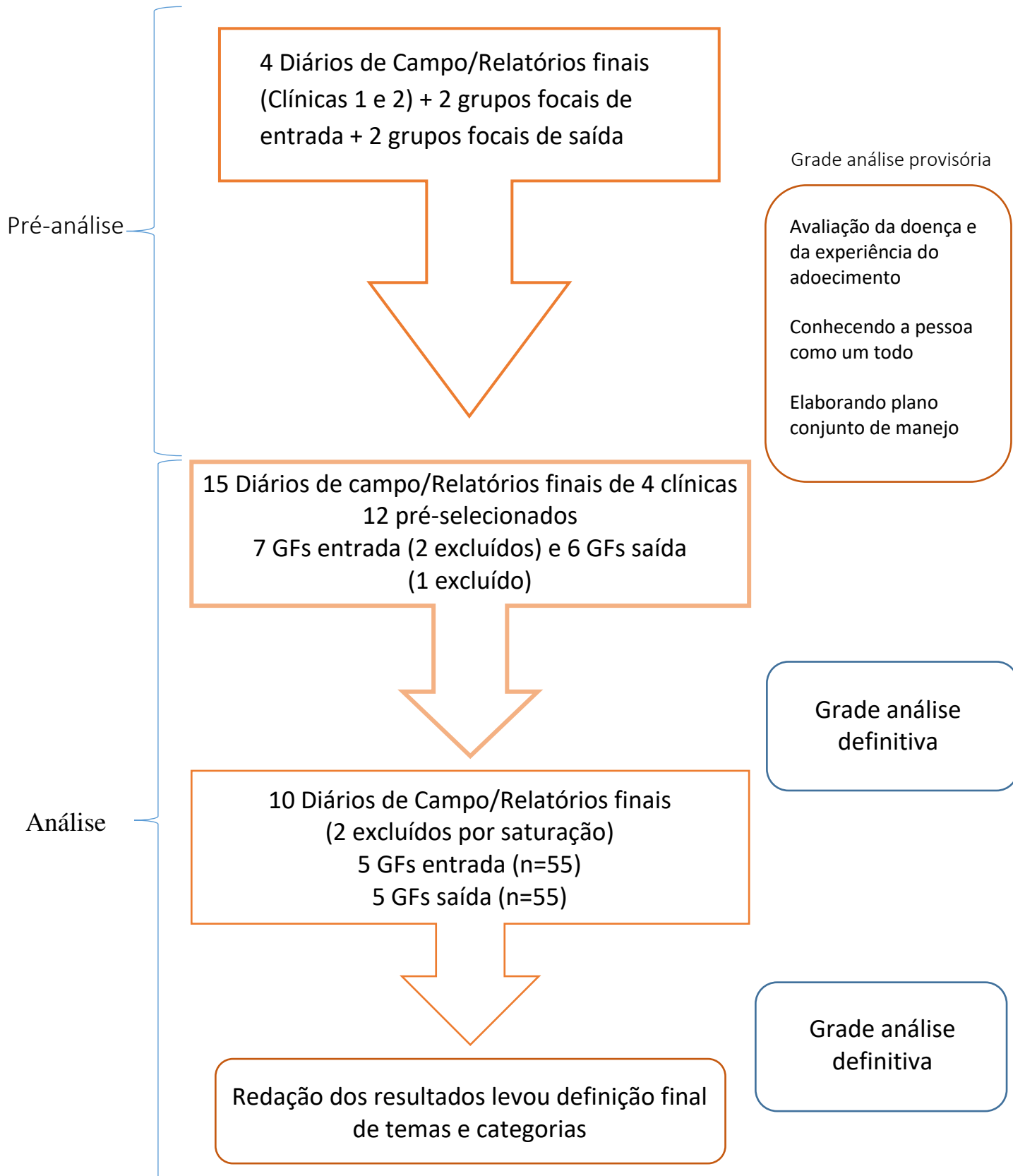
Quadro 9 - Grade de Análise Definitiva

Categoria	Tema
Aprendendo a Clínica do sofrimento social	• Choque com a realidade das favelas • Convivendo com a violência • Vivendo o território como membro da equipe de saúde • Pobreza e saúde
Aprendendo a Medicina Centrada na Pessoa	• Doença, experiência com a doença e saúde • Atributos da APS • Complexidade e incerteza • Raciocínio clínico
Saúde Mental na APS	• Reconhecendo a loucura • Sintomas como diagnósticos • Saúde Mental X Psiquiatria • Estratégias de cuidado
Tornando-se médico fora do hospital	• Trabalho em equipe • Ganho de confiança para atender • Situações-limite e modelos

Fonte: do autor

Nem todos os temas que surgiram na análise, como reflexões formais sobre preceitos da ética médica, foram agrupados nas categorias. A análise, a partir da grade definitiva, e a redação dos resultados e interpretações produziram o conjunto final de categorias, que serão apresentadas no capítulo dos resultados.

Figura 7 - Processo de Análise dos Dados



Fonte: do autor.

4.6.2 Diários de Campo e Relatórios Finais

Foram escolhidas 4 Clínicas de Família das quais selecionei os Diários de Campo/Relatórios Finais elaborados pelos internos. Todas são cenários de prática de residência médica (duas do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da SMS-RJ e duas do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade UFRJ/ENSP) e todas atendem total ou majoritariamente a populações faveladas ou empobrecidas “de asfalto”. Esta escolha está subordinada, em primeiro lugar, à necessidade de orientar a formação médica para áreas de difícil provimento e fixação, que incluem diversas unidades de saúde que atendem populações de alta vulnerabilidade social^{153,154,155}. Em segundo lugar, o perfil das unidades selecionadas coincide com o da maioria dos campos de estágio do internato. É pertinente considerá-lo como bastante representativo das realidades em que a maioria dos alunos estagia. Por fim, este recorte tem a ver com minha implicação profissional: desde que concluí a residência, sempre trabalhei em territórios de periferias urbanas ou em territórios rurais pobres próximos a grandes centros. A prática da MFC, para mim, tem o sentido de prover medicina de qualidade e comprometida com as populações com menor acesso a serviços de saúde no Brasil. Adiante, farei uma breve descrição dos territórios e utilizarei nomes fictícios, escolhidos como logradouros de favelas e periferias de outra parte do mundo. Todos os territórios atendidos têm Índice de Desenvolvimento humano médio.

Em todas, exceto em Dharavi, foram instaladas Unidades de Polícia Pacificadora, cujo colapso começou a ser sentido com mais força após os Jogos Olímpicos de 2016.

Quadro 10 - CF 1 “Adhemar Ferreira de Barros” PRMFC SMS

Equipamento de APS	Rede de Saúde Mental	Bairros atendidos
CF 1 “Adhemar de Ferreira de Barros” PRMFC SMS	* Não há CAPS de referência, exceto para casos autorizados pela gestão * Não há NASF * Psicólogas matriciadoras * Psiquiatra da RMFC	<u>Jurunas</u> - Complexo (conjunto) de favelas na região central da cidade, cuja ocupação remonta ao início do século 20. População com perfil um pouco menos vulnerável por ter acesso a mais empregos e equipamentos públicos. <u>Bispo Sardinha</u> - bairro da região central, onde coexistem residências de classe média e baixa, como ocupações urbanas. Reduto histórico do meretrício, é também conhecida como um dos

		“berços do samba”.
--	--	--------------------

Fonte: do Autor.

Quadro 11 - CF 2 “Paulo Freire” ESF CNAR PRMFC UFRJ/ENSP

Equipamento de APS	Rede de Saúde Mental	Bairros atendidos
CF 2 “Paulo Freire” ESF CNAR PRMFC UFRJ/ENSP	*CAPS Arthur Bispo do Rosário *Residência Multiprofissional da ENSP *NASF	<u>Soweto</u> : comunidade horizontal (não fica em um morro) na zona norte da cidade, que cresceu nas décadas de 1950 e 1960 com a instalação de indústrias nas proximidades, e sofre com as consequências do processo de desindustrialização do RJ. Há muitos coletivos em defesa de direitos de favelados no território. Um dos principais palcos de disputas de facção do tráfico e operações policiais na cidade.

Fonte: do Autor.

Quadro 12 - CF3 “Adriana Melo” PRMFC SMS

Equipamento de APS	Rede de Saúde Mental	Bairros atendidos
CF3 “Adriana Melo” PRMFC SMS	*CAPS Nise da Silveira NASF *Psiquiatra da RMFC	<u>Capão Redondo</u> - Complexo de favelas em área montanhosa da zona norte da cidade, cujo crescimento se intensificou a partir dos anos 1970 e 1980. Como em Soweto, há grande articulação política da população local. É uma das favelas mais populosas da cidade, os conflitos armados ali localizados são muito noticiados na imprensa. Foi beneficiada por obras do chamado PAC das Favelas. <u>Palmeiras</u> - Bairro de asfalto de classe média/média baixa, cortado por via férrea que impulsionou o crescimento do subúrbio da Zona Norte.

Fonte: do Autor.

Quadro 13 - CF 4 “Wanda Horta” PRMFC UFRJ

Equipamento de APS	Rede de Saúde Mental	Bairros atendidos
CF 4 “Wanda Horta” PRMFC UFRJ	CAPS Waldemar Henrique Não dispõe de NASF	<u>Dharavi</u> - Comunidade em morro da zona norte, mais isolada e menor, menos famosa e próxima de áreas de IDH elevado, semelhantes aos da Zona Sul da cidade. Por não haver UPP, a dinâmica da violência armada é diferente de Soweto e Capão Redondo, por exemplo. <u>Marajó</u> - Bairro de asfalto de classe média,

		localizado na Zona Norte, cuja ocupação urbana remonta à década de 1970.
--	--	--

Fonte: do Autor.

Outros territórios que apareceram no material de campo: Trenchtown - De perfil bastante parecido com Soweto, e, como ela, próxima a importantes vias de circulação da Zona Norte da cidade.

Com os estudantes que produziram os diários de duas das clínicas escolhidas apenas convivi brevemente com alunos no primeiro dia de estágio, durante o acolhimento. Com os das outras duas, tive maior implicação: em uma, trabalho como médico de equipe e Preceptor e, durante 2017-18, em vínculo de 40 horas com a SMS-RJ, e trabalho pela integração da UFRJ com as atividades assistenciais e da residência em MFC; em outra, fui supervisor do estágio no primeiro semestre de 2017 - no segundo não houve internos. Neste sentido, nas duas últimas clínicas estive diretamente envolvido com o processo pedagógico dos alunos.

Meu plano inicial seria selecionar material produzido por 3 a 4 alunos por clínica, com um total previsto entre 12 a 15 conjuntos de Diários de Campo/Relatórios Finais. Solicitei aos professores supervisores dos campos escolhidos que me enviassem os arquivos, e neste ponto lidei com minha primeira dificuldade: como não há uma base organizada dos arquivos da disciplina, cada professor supervisor armazena os diários nas suas caixas de e-mail, e nem todos tiveram facilidade de me enviar todos os diários do ano de 2017, que foi o recorte que adotei, por se tratar do primeiro ano completo que o internato em MFC/Saúde Mental de 22 semanas estaria estabelecido. De modo que tive acesso a 20 Diários de Campo/Relatórios Finais, enviados pelos professores-supervisores das 4 Clínicas da Família.

O procedimento seguinte foi escolher os documentos a partir do perfil de seus autores. Isso se tornou relevante, porque alguns diários de campo traziam relatos pobres, e explicarei isto adiante. Em primeiro lugar, estipulei que a amostra deveria ter equivalência de gêneros para os autores a serem selecionados. Em segundo lugar, equivalência entre os períodos (10 ou 11) que cursaram o estágio. Em terceiro lugar, equilíbrio entre os que cursaram no primeiro ou segundo semestre de 2017. Por fim, excluí os documentos de estudantes que não começaram o internato antes da reforma curricular do internato - isto é, cursaram estágios conforme os currículos novos e antigos. Tomei esta medida em virtude de muitos relatos estudantes que, tendo começado o internato sob o currículo antigo, fizeram intercâmbio e retornaram para cumprir o restante sob as novas regras.

Por fim, fiz uma leitura inicial dos Diários de Campo/Relatórios Finais enviados. Pude perceber que em alguns diários não havia maiores reflexões sobre a prática. Um padrão comum destes casos era a mera descrição dos aspectos biomédicos de um paciente atendido ou do cotidiano da clínica. Em suma, busquei evitar selecionar documentos que contivessem relatos de estudantes pouco envolvidos com o processo de trabalho da clínica e com o processo de aprendizado do estágio como um todo. Desta forma, optei por descartar os Diários de Campo/Relatórios Finais com as características acima. Por fim, descartei os Diários de Campo/Relatórios Finais incompletos (não traziam relatos em todas as semanas), exceto por motivos de doença.

As dificuldades que encontrei nesta fase se relacionaram ao grande número de diários incompletos, em especial os do segundo semestre de 2017, quando uma greve massiva e extensa marcou a rede de APS da cidade. Após estes descartes, cheguei ao número de 15 Diários de Campo. Reduzi para 12, equilibrando gêneros, período do curso e semestre cursado. Por fim, na análise, excluí dois ao constatar saturação. Foram ao total 351 páginas de Diários de Campo, e 48 páginas de Relatórios Finais. Em média, os Diários tiveram 35,1 páginas, e os Relatórios tiveram 4,8 páginas. A lista final do perfil dos autores dos diários de campo e relatório final, aos quais atribuí nomes fictícios, está no quadro 14.

Quadro 14 - Perfil dos Internos cujos DC/RFs foram analisados*

Nome fictício	Perfil	Período	Páginas escritas
Leila	Moradora da Zona Sul, branca, de classe média. Pensa em ser ginecologista, começou o internato poucas semanas após retornar de intercâmbio de 1 ano na Europa. Estagiou na CF Paulo Freire, no Consultório na Rua e no CAPS Arthur Bispo do Rosário	M10 2017.1	DC: 41 RF: 5
Nina	Moradora da Zona Oeste, cotista racial, negra, fez ensino médio em escola pública de excelência. Participa de organizações estudantis e de coletivos em defesa dos direitos de estudantes negros e LGBTs. Precisa de bolsas para se sustentar. Quer fazer MFC. Estagiou na CF Paulo Freire, no Consultório na Rua e no CAPS Arthur Bispo do Rosário	M11 2017.1	DC: 54 RF: 3
Lucas	Migrante de estado do Centro-Oeste, entrou na UFRJ através de cotas sociais e relatou dificuldades para se sustentar durante o curso. Dos escolhidos, foi o único que teve graves desentendimentos com a preceptoria do campo.	M11 2017.2	DC: 34 RF: 3

	Não declarou preferência por especialidade. Estagiou na CF Wanda Horta e no CAPS Waldemar Henrique		
Marília	Migrante de estado do Centro-Oeste, branca, mora na Zona Sul, proveniente de escola particular, sofreu um episódio grave de violência armada durante a graduação. Pensa em ser dermatologista e declara gostar muito de MFC. Estagiou na CF Adhemar Ferreira de Barros.	M10 2017.2	DC: 40 RF: 6
Carolina	Moradora de bairro de classe média alta da Zona Norte, cursou escola particular no ensino médio. Não relatou qual especialidade quer fazer e iniciou o estágio com muita desconfiança. Estagiou na CF Adriana Melo e no CAPS Nise da Silveira.	M10 2017.1	DC: 29 RF: 4
Jean	Procede da Baixada Fluminense, morador de bairro de classe média da Zona Norte. Precisa de várias bolsas de estudo para sustentar a si e à família. Fez um ano de intercâmbio na Europa. Pensa em ser psiquiatra ou MFC, e é militante da causa LGBT. Estagiou na CF Adhemar Ferreira de Barros.	M11 2017.2	DC: 50 RF: 2
Raul	Carioca, branco, morador da zona Sul, indeciso sobre a especialidade a ser seguida. Declara ter muita reticência com a Atenção Primária à Saúde. Estagiou na CF Adhemar Ferreira de Barros.	M10 2017.2	DC: 20 RF: 12
William	Migrante de estado do Sudeste, branco, estudou em escola particular. Seu compromisso é com uma medicina de “excelência”, e declarou-se aberto à experiência do estágio de MFC/saúde mental. Pretende fazer Clínica Médica. Estagiou na CF Adriana Melo e no CAPS Nise da Silveira	M10 2017.1	DC: 26 RF: 5
Gustavo	Apurei poucas informações: entendi que era de outro estado, e que gostou muito do estágio, cogitando fazer MFC. Estagiou na CF Wanda Horta.	M11 2017.1	DC: 22 RF: 3
Juliana:	Migrante de estado do Sudeste, de ascendência branca e asiática, não deixa claros seus planos para o futuro profissional. Tinha muita expectativa para começar o estágio e o internato. Estagiou na CF Wanda Horta.	M10 2017.1	DC: 35 RF: 5

*Em negrito, os que foram lidos na pré-análise.

Fonte: do Autor.

4.6.3 Grupos Focais

Os grupos focais foram feitos nas atividades de acolhimento e encerramento do estágio, nas dependências da UFRJ, com todos os estudantes de M10 (décimo semestre) e

M11(décimo primeiro semestre) do ano de 2017 que aceitaram participar. Cada turma (M10 ou M11) era composta por 30 a 36 estudantes, o que levou a coordenação do internato a realizar 3 grupos focais na entrada e 3 na saída, de 10 a 13 componentes cada. A composição dos grupos obedeceu a critérios de proximidade geográfica dos campos de estágio, mas este critério era maleável, pois a composição numérica foi desproporcional em alguns casos, e alunos que estagiaram em áreas diferentes da cidade foram designados para mesmos grupos. Da mesma maneira, a composição dos Grupos Focais de entrada não eram necessariamente a mesma dos Grupos Focais de saída. No total, foram 24 Grupos Focais coletados (12 de entrada e 12 de saída).

A atividade foi apresentada como parte do processo de avaliação formativa e era opcional; estudantes que preferissem ficar de fora deveriam permanecer na sala onde acontecia o Grupo Focal, fora da roda e em silêncio. A todos foi garantida a confidencialidade de seus dados pessoais. A maioria dos estudantes participou das atividades, apurei em cada acolhimento e encerramento com os professores.

A seleção dos grupos focais para esta pesquisa sofreu alguns constrangimentos. Em primeiro lugar, como a disciplina teve dificuldades para revê-los de forma sistemática, como previsto no processo de avaliação, isto levou a não haver um banco comum dos arquivos dos áudios; muitos também estavam em poder dos professores que os haviam conduzido. Em segundo lugar, nem todos os professores que participaram dos Grupos Focais puderam localizar os arquivos; por fim, havia um número considerável de gravações com qualidade baixa. Por este motivo, terminei por selecionar 5 grupos focais de entrada e 5 de saída, que estavam disponíveis e eram de boa qualidade técnica. Como a transcrição não conseguiu identificar os estudantes, eles puderam apenas ser identificados por gênero.

Como o objetivo da pesquisa é entender o aprendizado experiencial e situado, os aspectos contextuais ficam menos cristalinos, ao estudar a narrativa dos internos sem ter conhecimento preciso do local onde os internos rodaram. A narrativa que emerge do grupo focal - especialmente na saída - poderia ser obnubilada pela não-caracterização do perfil dos estudantes e não reconhecimento dos cenários de prática.

Penso que, embora estas restrições pudessem potencialmente prejudicar a análise, o material que emergiu da transcrição dos grupos focais enriqueceu a pesquisa e estava ancorada nos objetivos da avaliação formativa do internato. A dimensão experiencial do aprendizado clínico no estágio, pela comparação das visões no acolhimento - isto é, antes da imersão - e ao final do estágio emergiu pelo contraste dos campos de estágio (diferentes territórios, equipes de saúde, perfis de usuários atendidos) e pelo diálogo entre os

participantes¹⁵⁶. Como não estava previsto que os grupos finais e iniciais seriam compostos pelos mesmo estudantes, mas seriam formados grupos diferentes nos dois momentos, a riqueza do material se dá, em primeira medida, pela heterogeneidade dos cenários. Por outro lado, existia certa homogeneidade dos componentes - estudantes do mesmo período do curso no começo ou final do estágio - o que foi uma força da metodologia, pois permitiu expressar um núcleo comum de experiências, à parte as singularidades.

Durante a pré-análise, as narrativas que emergiram dos grupos focais me permitiram apreender a importância, para os internos, de várias categorias como a diferença nos enfoques da psiquiatria biomédica e da saúde mental, o sofrimento psíquico e o cansaço dos estudantes durante o estágio frente a situações-limite, o imaginário da APS e da MFC. Os grupos focais, portanto, complementaram lacunas ou temas que foram pouco abordados nos diários de campo e foram decisivos na definição da segunda grade de análise e nos resultados finais.

Uma preocupação minha seria com a representatividade dos grupos focais, pois, de 24 realizados no período, foram analisados 10. No entanto, como a composição foi diferente na entrada e na saída, e como os arquivos que trabalhei foram de grupos procedentes de distintos campos de estágio, o que expressou grande diversidade dos estudantes, penso que a seleção dos GFs para a pesquisa não prejudicou a representatividade.

De fato, ter analisado 5 grupos de entrada e 5 grupos de saída me permitiram atingir um ponto de saturação em que *não percebia mais novos subtemas* para enriquecer e/ou modificar as 4 grandes categorias que criei para entender a narrativa dos estudantes. Saturação, número total de grupos e mesmo o reencontro de participantes em outro grupo focal são fatores que atestam a validade e representatividade deste método de coleta de dados¹⁵⁶.

Devido às limitações da coleta e transcrição dos Grupos Focais, não pude apresentar um perfil mínimo dos estudantes que participaram deles, como pude fazer com os que escreveram os Diários de Campo/Relatórios Finais. As informações disponíveis estão dispostas no quadro abaixo. Todos os professores que coordenaram a coleta dos dados dos Grupos Focais abaixo participaram do processo de planejamento e implementação desta metodologia de avaliação. Desta maneira, sabemos que a Profa. A é Psiquiatra do DPML da UFRJ e estuda educação médica; a Professora E é Psiquiatra do DMFC da UFRJ e estuda experiências usuários com problemas de saúde mental; o Professor B é Antropólogo do IFCS/UFRJ e estuda médicos e outros profissionais de saúde; por fim, o Professor F sou eu. Ao total, foram 563 minutos de gravação (cerca de 9 horas e 10 minutos), transcritas em 158 páginas.

Quadro 15 - Características dos Grupos Focais

	2017.1	2017.2
Entrada Total: 60 alunos	E: M10 (N = 12, 19p.) 61' A: M10 (N = 12, 24p.) 65' F: M11 (N = 11, 25p.) 66'	E: M10 (N = 13, 32p.) 52' B: M10 (N = 12, 15p.) 82'
Saída Total: 54 alunos	E: M11 (N = 11, 14p.) 56' A: M11 (N = 11, 18p.) 62' F: M10 (N = 10, 9 p.) 24'	E: M11 (N = 10, 14p.) 46' A: M11 (N = 12, 14p.) 39'

Fonte: do Autor.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados seguiu a abordagem hermenêutica dialética^{157,158}. A hermenêutica é uma concepção filosófica que busca compreender o outro através da comunicação, especialmente pela compreensão de textos - em sentido abrangente. Neste sentido, alteridade, entendimento e mal-entendido são “possibilidades universais no campo científico e no mundo da vida” (não paginado). Trata-se de procedimento que busca ao mesmo tempo, o contextual como expressão da totalidade, pela revelação do que “o outro” coloca como verdade: “[...] em síntese, compreender implica a possibilidade de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções. Mas compreender acaba sempre sendo compreender-se” (não paginado)¹⁵⁸.

A dialética apresenta um ponto de estranhamento com a hermenêutica, pois é uma concepção fundamentalmente crítica, mais que compreensiva. Minayo, no entanto, defende uma articulação entre estas duas concepções, por serem complementares. Nas palavras dela:

Ao mostrar como a primeira (hermenêutica) realizando o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, ressalta que suas limitações podem ser fortemente compensadas pelo método dialético. A dialética, por sua vez, ao sublinhar o dissenso, a mudança e os macroprocessos, pode ser fartamente beneficiada pelo movimento hermenêutico que enfatiza o acordo e a importância da cotidianidade (não paginado)¹⁵³

Embora se trate de um estudo documental, a minha presença no campo é forte o suficiente considerar a existência de um *enquadramento etnográfico* da análise de parte dos documentos. Este enquadre se explicita por me encontrar estar imerso no cenário de trabalho estudado que é ao mesmo tempo um universo cultural¹⁵⁹ e meu papel de *insider* atravessa a

totalidade desta pesquisa, ainda que não tenha tido contato com dois dos campos de estágio dos quais coletei os documentos. É possível que minha implicação de “nativo” da cultura da Atenção Primária à Saúde fale mais alto onde mais forte é a minha presença. A coleta dos documentos estudados, embora não seja feita com finalidade de produzir uma etnografia, foi atravessada pela minha presença como preceptor de campo e/ou como professor em alguns dos campos. Dei aulas, conduzi discussões clínicas e mesmo supervisionei alguns dos internos que produziram os documentos. Outras abordagens metodológicas da etnografia se fizeram presentes. Ao analisar os diários foi impossível abstrair meu papel de observador participante em muitas das situações descritas ou narradas, e mesmo os grupos focais podem ser vistos como uma possibilidade de triangulação de métodos¹⁶⁰. Como pesquisador nativo do cenário estudado, assumo os bônus – como visão privilegiada do campo, acesso imediato aos códigos internos e percepção das entrelinhas contextuais – e os ônus – como implicação que pode levar a pontos cegos – que minha posição carrega no desenho deste estudo.

Este estudo coroa um período em que pude *compreender* o meu processo de formação permanente como docente-médico. Minha experiência anterior na Unicamp, em que era professor da universidade externo ao serviço, sempre me provocou estranhamento. Ao me mudar para o RJ e ser, ao mesmo tempo, profissional do serviço e docente da UFRJ, em um contexto de estruturação de uma rede de APS vigorosa, pude perceber a centralidade do aprendizado contextual que os serviços comunitários permitem aos estudantes. Como professor do Internato em MFC/Saúde Mental, diversas das questões colocadas pelos estudantes são também minhas questões como docente, e, ao mesmo tempo, sofro com o desmonte da rede carioca e com o potencial desmonte do internato. Esta dimensão existencial irá permear toda a pesquisa.

Outra questão que permeia esta pesquisa é minha implicação como Médico de Família e Comunidade do SUS. Pude encontrar, neste encontro da APS carioca com o Internato da UFRJ, a realização de muitos projetos profissionais atravessados por uma visão de medicina de grande qualidade técnica a serviço das classes populares. Desta maneira, ao adotar uma metodologia que prioriza compreensão e interpretação, me afasto do recorte positivista que há em certas abordagens metodológicas qualitativas, que valorizam significância como sinônimo de frequência numérica e estatística. Embora o volume de dados gerados tenha sido grande, tenho consciência de que eles se referem às experiências vividas por aqueles e aquelas que as contaram com suas próprias palavras.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao comitê de ética do Instituto de Psiquiatria da UFRJ - IPUB. Como se trata de consulta a material do banco da disciplina do internato, solicitei e obtive autorização das coordenadoras do internato integrado, a saber, Profa. Dra. Maria Kátia Gomes (DMFC) e Maria Tavares Cavalcanti (DPML) para utilização do material, respeitadas as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções CNS 466/12 e 510/16. Número do Parecer: 2.742.016/2018

5 APRENDENDO A CLÍNICA DO SOFRIMENTO SOCIAL: NARRATIVAS DO INTERNATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Resumo No Brasil, o descompasso entre a formação médica e as necessidades assistenciais na atenção primária à saúde, em especial para as populações mais vulneráveis, demandou mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, com ampliação da carga horária do Internato na APS. Este trabalho é uma pesquisa qualitativa exploratória, que investigou documentos da avaliação formativa do Internato Integrado em Medicina de Família e Comunidade e Saúde Mental da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que atendem populações vulneráveis no município do Rio de Janeiro. Ao todo, foram analisados documentos produzidos por 55 estudantes, e utilizou-se a hermenêutica dialética como método de análise. A investigação apontou distintos graus de sensibilidade ao sofrimento social experimentado por usuários de Clínicas da Família ao longo das 22 semanas de estágio. As narrativas foram agrupadas em 5 eixos: tensionando a cisão medicina/sociedade; vulnerabilidade extrema e saúde; violência estrutural cotidiana e saúde; serviço de saúde como recurso ou intruso; território como potência de vida. O internato contribuiu para aprimorar visões clínicas centradas nas necessidades dos usuários, sendo necessários estudos adicionais para avaliar a incorporação efetiva destas competências à prática profissional.

Palavras Chave: Educação médica, Internato e residência, Atenção Primária à Saúde

Abstract: In Brazil, the gap between the medical training and the health care needs in primary health care, especially for the most vulnerable populations, demanded changes in the National Curricular Guidelines of undergraduate medicine course, with an increase in the working hours in PHC. This work is an exploratory qualitative research that investigated documents of the formative evaluation of the Integrated Clerkship in Family and Community Medicine and Mental Health of the Federal University of Rio de Janeiro, which serve vulnerable populations in the city of Rio de Janeiro. Were analyzed documents produced by 55 students, and dialectical hermeneutics was used as a method of analysis. The research pointed to different degrees of sensitivity to social suffering experienced by Family Clinic users throughout the 22-week internship. Narratives were grouped into 5 axes: stressing the split medicine / society; extreme vulnerability and health; everyday structural violence and health; health service as a resource or intruder; territory as a power of life. The clerkship contributed to improve clinical visions focused on the needs of the users, and additional

studies are necessary to evaluate the effective incorporation of these competences into professional practice.

Key Words: Medical Education; Clerkship and Residence; Primary Health Care

Introdução

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, a sistemas baseados na Atenção Primária à Saúde (APS) são essenciais para o desenvolvimento e a justiça social¹. No Brasil, a expansão da APS explicitou as dificuldades de provimento de médicos com competências específicas para assistir a populações de maior vulnerabilidade social². O aprendizado da medicina nestes contextos é desafiante^{3,4} e se soma à persistência de imensas disparidades sociais na distribuição de médicos e das faculdades de medicina no Brasil⁵. Para superar estes problemas, políticas públicas têm buscado induzir ênfase da formação em cenários comunitários, como consta nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina⁶. Apesar disto, existem muitas resistências para a expansão e para a qualificação da formação médica na APS⁷.

Mesmo assim, existe tendência de aumento da participação de serviços comunitários na formação das profissões de saúde^{8,9}, o que colocou a centralidade do contexto nos currículos¹⁰. Estes novos desafios para a educação médica, antes vista como processo meramente individual ou centrado na interação professor-aluno, fizeram com que fatores como o papel da equipe de saúde¹¹, de pacientes¹² e das comunidades¹⁰ ganhassem projeção. Ademais, a ênfase no hospital pode prejudicar a aquisição de competências e a formação da identidade profissional¹³.

Além da centralidade no hospital, a hegemonia do paradigma biomédico nas escolas médicas concorre para a inadequação do perfil dos médicos formados no Brasil. Uma visão mecanicista das biociências na prática médica promove alienação do médico¹⁴, distorções do cuidado em saúde¹⁵ e formas autoritárias nas relações de poder entre médicos e usuários¹⁶. Propostas de superação do paradigma biomédico passam pela recuperação da dimensão cuidadora das práticas de saúde¹⁷, da dimensão relacional do cuidado¹⁸ e pelo resgate da centralidade do sujeito portador de sofrimento¹⁵. A Medicina de Família e Comunidade (MFC) preconiza a centralidade das práticas na pessoa que sofre, ao invés de subordiná-las a um corpo de conhecimento abstraído em grupo de doenças ou técnicas específicas¹⁹. A

experiência de adoecer e o reconhecimento do contexto (psíquico, familiar, ocupacional e social) da pessoa são fundamentais para a perspectiva epistemológica da especialidade.

O processo de formação médica pode ser entendido como um treino do olhar ou da sensibilidade²⁰, que implica na perspectiva de superação do paradigma biomédico, por compreender o sofrimento individual como inseparável do social²¹ e, em especial, como o sofrimento social é agravado pela violência estrutural²². A *Competência Cultural* é um dos atributos da APS²³ que aborda estas questões, embora haja críticas a visões reducionistas do conceito²⁴. A Educação Baseada em Competências²⁵ também sofre críticas por utilizar o conceito da competência como desdobramento natural do progresso científico, sem entendê-las como construtos sócio-históricos permeados por relações de poder¹¹.

O reexame crítico do aprendizado da competência cultural pode ser baseado em duas abordagens que valorizam a singularidade contextual e o aprendizado prático e coletivo: A *Teoria da Atividade Histórico Cultural*, que busca apreender a complexidade social e cultural intrínsecas ao trabalho em saúde, focando no aprendizado clínico situado nas contradições do trabalho em saúde, ao inserir o estudante no meio social onde vive e aprende²⁶; e a *Teoria da Aprendizagem Sociocultural*, que entende o aprendizado como processo sociocultural, em que estudantes se tornam membros de sua comunidade profissional legitimados pela escola médica e pelo serviço de saúde. A produção e reprodução de conhecimentos, habilidades e atitudes se dá em processo dialético entre aprendizes, docentes e profissionais de saúde²⁷.

Este trabalho investiga a relação destas questões com a introdução de estágios longos de Internato na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória que estudou documentos de avaliação formativa do Internato Integrado (MFC) e Saúde Mental da UFRJ/Campus Fundão. O enfoque será na experiência dos internos de assistir ao sofrimento social: a vivência corporificada da dor e das formas de sofrer nas relações sociais; os modelos culturais e morais que condicionam os sofrimentos dos sujeitos; por fim, os discursos pelos quais instituições (como a ciência médica) classificam e legitimam as distintas experiências de sofrimento²⁸.

Metodologia

Trata-se de um estudo documental qualitativo exploratório, que buscou compreender a influência dos aspectos contextuais no aprendizado dos internos de medicina da UFRJ na rede de (APS) do Rio de Janeiro. Este estudo é parte da tese de doutorado de um dos autores.

Estudou-se banco de dados com material de avaliação formativa da disciplina coletado no ano de 2017, com alunos do 10º e 11º períodos. A disciplina dura 22 semanas e ocorre em 13 Clínicas da Família (Unidades de Atenção Primária do RJ), e, opcionalmente, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e equipes de Consultório na Rua (CNAR). Estes equipamentos atendem majoritariamente populações de alta vulnerabilidade. Este formato de internato foi possível graças a Reforma da APS carioca³⁰ e nele se buscam desenvolver competências ligadas à MFC. Alguns dos objetivos estão listados no quadro abaixo:

Quadro 16 - Objetivos Seleccionados do Internato

Objetivos seleccionados do internato
Ampliar cenários de práticas para o ensino da medicina, segundo orientação das DCN, constituindo estágio obrigatório na área da Atenção Primária à Saúde - Estratégia Saúde da Família.
Desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes para a prática da medicina de família, com abordagem integral e ação interdisciplinar em consonância com os princípios do SUS;
Realizar ações de prevenção, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade, considerando os ciclos de vida, as diferentes realidades sociais e ênfase aos transtornos mentais;
Fazer visitas domiciliares para orientações clínicas, promoção da saúde, prevenção e rastreamento de doenças
Realizar atividades coletivas com grupos sociais, famílias e comunidades, com vista a ações de proteção e promoção da saúde
Atuar de forma interdisciplinar na ESF, reconhecendo a capacidade e responsabilidades da rede local e membros da equipe
Reconhecer o sofrimento psíquico presente em muitos usuários, sendo capaz de contextualizá-lo e acolhê-lo dentro do âmbito da consulta médica

Quadro Fonte: Manual do Internato²⁹

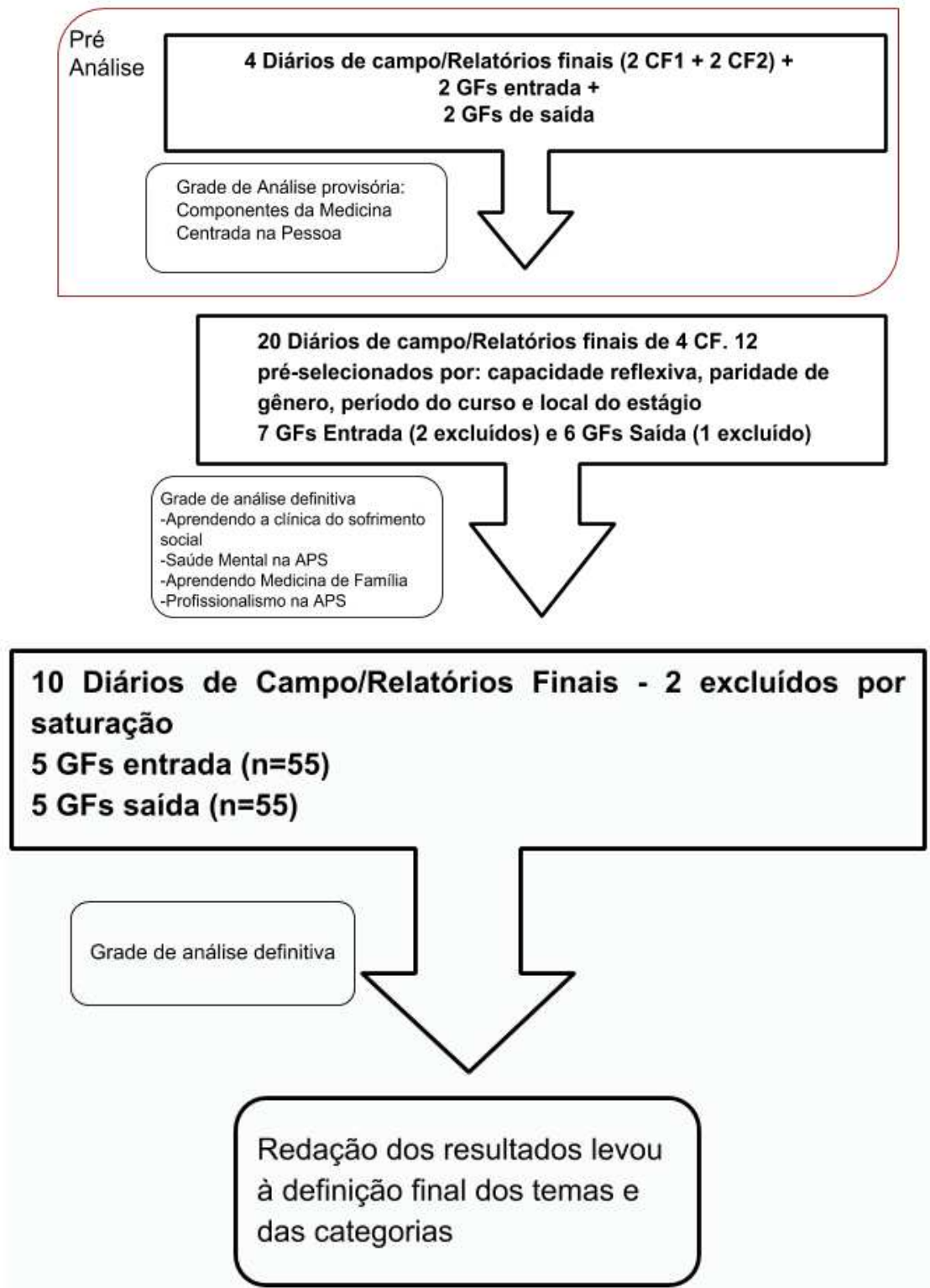
Dentre as metodologias de avaliação do estágio, se encontram os diários de campo e relatórios finais; e os grupos focais. Os diários de campo e relatórios finais são métodos de avaliação formativa, baseados na escrita reflexiva de casos atendidos e situações vivenciadas nos serviços, à luz da Medicina Centrada na Pessoa¹⁹, dos atributos da APS e dos princípios do SUS. Os primeiros são redigidos semanalmente por todos os internos e enviados para supervisores da universidade, e há *feedback* em supervisões semanais; os segundos são entregues ao fim do estágio.

Os Grupos Focais foram introduzidos em 2017 como ferramenta de avaliação das necessidades de aprimoramento pedagógico da disciplina³¹, de forma a privilegiar o diálogo entre os estudantes. Eles foram feitos no começo e no final da rodada, para acessar a experiência de aprendizado dos estudantes com pacientes, e sua condução e registro com gravação de áudio contou com professores do internato que têm experiência em pesquisa qualitativa. Os áudios passaram então ao banco de dados da disciplina, na investigação foram utilizados os grupos focais cuja transcrição apresentava boa qualidade técnica: foram incluídas as transcrições em que participaram 55 internos ao todo. O material analisado se

refere a cinco grupos focais no começo e outros cinco no final da rodada. Nos Grupos Focais, os internos foram provocados por duas perguntas (“*O que vocês acabaram de ver?* ”; “*O que vocês acham que aconteceu*”) após a exibição de vídeos com situações comuns na APS, relacionadas ao cuidado de pacientes e famílias de grande vulnerabilidade e complexidade. Os professores interferiram o mínimo possível no desenrolar dos grupos.

A análise de dados seguiu a abordagem hermenêutica dialética³², que busca compreender o outro através da comunicação, especialmente pela compreensão de textos - neste caso, as narrativas produzidas pelos internos. Alteridade, entendimento e mal-entendido são possibilidades universais no campo científico e no mundo da vida. Trata-se de procedimento que busca ao mesmo tempo, o contextual como expressão da totalidade, pela revelação do que “o outro” coloca como verdade: Em síntese, compreender implica a possibilidade de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções. Mas compreender acaba sempre sendo compreender-se³². A análise, descrita adiante, está ilustrada na Figura 1.

Figura 1. Processo de análise dos dados.



Fonte: Autores, 2019.

Para a análise, foram selecionados 20 diários de campo/relatórios finais de 4 clínicas da família e a transcrição de 13 grupos focais, que incluiu estudantes de todos os campos de

estágio. Ao todo, 12 diários de campo/relatórios finais foram escolhidos para a análise por critérios de boa capacidade reflexiva, paridade de gênero e de semestre no curso, equilíbrio entre os campos de estágio. Dois foram excluídos por saturação. Três transcrições de grupos focais foram excluídas por má qualidade técnica. A grade definitiva foi aplicada sobre esta amostra e as grandes categorias foram mantidas, com pequena reelaboração dos temas.

A análise destes textos foi realizada com base em quatro grandes categorias: Aprendendo a clínica do Sofrimento Social, Aprendendo a Medicina de Família e Comunidade, Aprendendo Saúde Mental na APS e Formação da Identidade Profissional na comunidade. A produção deste trabalho é atravessada pelo olhar de um dos autores, professor universitário e médico de família da rede do SUS carioca, que busca construir pontes nestes campos de trabalho e formação que supere os abismos entre o mundo dos futuros médicos e dos usuários do SUS. Os temas que emergiram nas narrativas foram analisados pela perspectiva de crítica à hegemonia biomédica e pelo enfoque da competência cultural. Todos os nomes de pessoas e locais relatados são fictícios. O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sob o número 2.742.016/2018.

Resultados/Discussão

Os temas encontrados na análise dos textos foram: *Tensionando a cisão medicina/sociedade*; *Vulnerabilidade extrema*; *Violência estrutural cotidiana*; *Serviço de saúde: Recurso ou intruso?*; *Território como potência de vida*. Abaixo, se encontra a discussão destes resultados à luz da metodologia utilizada.

Tensionando a cisão medicina/sociedade

No universo dos primeiros relatos do estágio, os termos clínico, biológico e técnico aparecem em oposição à social e humano. Representaram uma visão de mundo cindida que, ao separar medicina de sociedade, dificilmente concordaria que toda medicina é social¹⁶. Desde o começo do estágio, a necessidade de classificar os sintomas de acordo com o método biomédico se chocou com a percepção da importância dos componentes psicossociais para o manejo do sofrimento percebido nos vídeos, em especial quando debatem os limites de uso de medicação psiquiátrica para casos em que o contexto é decisivo para o tratamento. Diante da

narrativa do ator-paciente psicótico, os internos se questionam sobre a epistemologia biomédica e sua eficácia:

[Como] *esquecer completamente esse viés mais social, a influência da sociedade sobre o desenvolvimento ou não de um transtorno?* (Estudante feminina, GF 4)

As histórias de vida de usuários, seu contexto sociocultural, a experiência singular de sofrimento adoecimento foram entrando aos poucos nas narrativas, convivendo lado a lado com notas semiotécnicas e guidelines. A rede de pacientes atendidos, equipe, artefatos e recursos do território tecida pelos alunos no cotidiano do estágio foi determinante para o equilíbrio entre a doença, experiência do adoecimento e o contexto dos usuários nos relatos dos internos. Visões do processo e saúde e doença passaram a levar em conta a determinação social: *Há um processo de evolução (na atenção primária, em especial) na qual se pensa a saúde e a doença como um gradiente que perpassa as classes socioeconômicas.* (Raul, RF)

Com o avançar do estágio, foi comum referir-se às práticas vivenciadas como “*novo tipo de medicina*” ou “*medicina humanizada*”, remontando a epistemologia monista da MFC³³. Ainda assim, a cisão medicina/sociedade persistiu em algumas narrativas. Em um dos casos, ela foi mediada pelos desafios concretos da clínica e não por uma visão pré-concebida da prática. Mas, de forma geral, as tensões teóricas e práticas dos relatos fizeram emergir a dicotomia medicina/sociedade como anomalia do paradigma biomédico¹⁹

Quando temos que, além da sua história pessoal, também investigar a história de sua doença, esta demanda de tempo cresce enormemente (William, S14).

A gente esquece, mas a medicina é uma ciência social, não é uma ciência exata (Estudante masculino, GF10)

Vulnerabilidade extrema

Pudemos observar no item anterior que a experiência vivida no estágio foi como um abrir de olhos para aspectos essenciais à clínica na APS e que são inexistentes ou marginais no currículo. Ao entender a formação médica como uma educação da sensibilidade – ou do olhar -para os diversos aspectos do adoecimento³⁴, as narrativas com foco no sofrimento difuso e intenso dos pacientes mais vulneráveis ganharam relevo no olhar dos internos, desafiando a percepção unicausal ou mesmo biomédica do adoecimento. Dois conjuntos de narrativas se destacaram: do território como perpetuador de más condições de saúde e de acesso aos serviços, e o das vidas adoecidas nestes contextos. O primeiro aflora das incursões pelos territórios durante as Visitas Domiciliares, os estágios de CAPS e Consultório na Rua,

e, em menor medida, pelo deslocamento dos internos. Possível reflexo do corte elitizado de parte expressiva dos estudantes, muitos se espantaram com a geografia das favelas agravando as dificuldades de acesso aos serviços públicos. As impressões sobre a relação do território e condições de vida com o adoecimento, mais que saltar aos olhos dos internos, também revelam entendimentos diversos sobre este processo. Para alguns, há uma explicação macrossocial, engajada: a sociedade deve ser subvertida para garantir condições mínimas de saúde. Outros enfatizaram, em tônica de culpa, as responsabilidades individuais ou familiares. Curiosamente, estes olhares quase antagônicos têm um denominador comum: os problemas, e não as potências do território são o foco. Talvez persista certo ethos do diagnóstico, ainda que de diagnósticos socialmente referenciados.

Nos encontros com os usuários em extrema vulnerabilidade, o sofrimento dos estudantes transbordou. A complexidade das situações e os densos fluxos de afetos colocaram em xeque o arsenal biomédico e abriram caminho para a incerteza. Relatos como o da usuária enlutada pelo falecimento da filha por lúpus, não aguentava mais cuidar do marido em estado terminal, de quem sofreu violência por décadas, humanizam estudante e paciente, criando uma comunhão na dor e no cuidado e, por um breve momento, equiparou:

Durante diversos momentos da nossa conversa ela chorou e me questionou como poderia fazer para dar fim aquela dor que tanto a afligia. Eu não tinha respostas e, talvez, nunca terei. (Juliana, S8)

Ao imergir no cotidiano das pessoas mais vulneráveis, a quase completa falta de referência à rede intersetorial no manejo destes casos revelou o profundo desconhecimento destes recursos para o cuidado de pessoas vulneráveis. Mesmo contando com equipes de saúde mental, apenas um estudante fez citar os equipamentos da Assistência Social, o que não deixa de refletir ainda a força do modelo biomédico e a forma da comunidade de práticas da APS no contexto do Rio³⁵

Violência estrutural cotidiana

A degradação das políticas de segurança pública na cidade do Rio de Janeiro fez-se sentir em 2017 com o aumento do registro de assaltos e tiroteios. Esta mudança qualitativa impactou diretamente o cotidiano da rede de APS, cuja implementação se deu no contexto da aposta em Unidades de Polícia Pacificadoras como política pública situada no território, para o combate aos chamados mercados ilegais, buscando superar a lógica de confronto.

A crescente de violência foi captada pelo cotidiano do trabalho nas unidades, no sofrimento dos pacientes e na vida social em geral, pôde-se perceber o quanto a violência estrutural^{22,36} adensa os

processos de sofrimento e cuidado na rede. Por vezes, ela foi percebida pela relação conturbada do serviço com usuários:

[...] como você pode esperar que as pessoas vão ter uma reação calma, tranquila e pacífica enquanto o que elas aprenderam na vida não é ser calma, tranquila e pacífica? (EM, GF 6)

A violência armada, por um lado, faz parte do cotidiano dos serviços e dos territórios. Por outro, os riscos inerentes a este cenário levaram muitas clínicas a adotar a classificação de risco Acesso Mais Seguro³⁷, que monitora possíveis focos de conflitos e, com base nisso, decide-se se há condições para funcionamento ou se a clínica deve ser evacuada. Os relatos sobre estas ocasiões são muito significativos. A tensão que o risco iminente de conflito armado provocou nos alunos evocou cumplicidade com a comunidade, resignação ou ganas de desistir da cidade e mesmo medo de morrer.

Para extremo azar de minha colega interna, [...] ela viu um dos envolvidos no confronto portando uma arma, bem do lado dela, correndo imediatamente após os disparos. Ficou desnorreada, desesperou-se e caiu no choro. (Jean, S18)

Possivelmente refletindo um cenário de mudança no ambiente universitário, em que proliferam coletivos em defesa dos direitos de mulheres, LGBTs, e negros, uma minoria ressaltou situações vividas por grupos particularmente vulneráveis: tragédias produziram com frequência solidariedade, mas por vezes sofrimento e conformismo nos internos. Ao relatar histórias com muitas camadas de violência, as narrativas tiveram uma dupla função: testemunharam o papel essencial das clínicas da família e do SUS na assistência ao sofrimento da violência estrutural e acena e legitimaram o sofrimento social como questão relevante da prática médica:

[...] ao cuidar de sua mãe [que sofre de demência] e impedir que a mesma fosse para rua no auge do conflito, acabou sendo atingida por uma bala perdida no ombro. Contou o desespero do momento, sem saber se cuidava do seu ombro ou da mãe que queria ir varrer a calçada. (Carolina, S5)

Além da violência diária do morro, da violência policial e do tráfico, essa usuária teve que lidar com a violência homofóbica e a marginalização da profissão do sexo. (Jean, S14)

[...] uma paciente que tava sofrendo muito porque o filho [...] comprou droga de outra facção e assassinaram ele, e impediram ela de sofrer no morro. [...] então ela ia na clínica para chorar e conversar sobre seu luto. (EF, GF6)

Serviço de saúde: recurso ou intruso?

Embora as Visitas Domiciliares sejam parte do cotidiano do trabalho das equipes, a maioria dos internos conheciam-nas pouco. Ao adentrar o território acompanhando ACSs, enfermeiros e médicos, muitos perceberam-nas como ferramenta indispensável para acessar questões que não aparecem nos *settings* tradicionais:

[...] dentro do consultório você explica [...] e o paciente sai como se ele fosse fazer aquilo. Você chega na casa dele e não é nada do que ele diz que entendeu, ele não tá fazendo nada daquilo. (EF, GF10)

A tônica de surpresa e mesmo de fascínio pela potência da visita para facilitar a compreensão do contexto, da adesão ao tratamento marca uma diferença substantiva do cenário hospitalar. Por outro lado, a presença das equipes no território, por vezes de forma ostensiva, fez emergir incômodos nos relatos com uma certa postura invasiva:

A situação de Gabriel foi informada à equipe pela ACS da área e nós começamos a ir lá sem qualquer solicitação ou convite. Temos invadido a casa deles, o quarto dele. Qual é o limite do cuidado nesses casos?(Jean, S13)

Ao contrário do hospital, onde a soberania da medicina sobre os corpos dos pacientes é praticamente inquestionável, a presença não solicitada da equipe de saúde em uma casa explicita a visão da medicina como ferramenta de controle molecular dos corpos^{16,38}. A empatia dos alunos que não concebem uma ação tão intrusiva em seus próprios lares explicita o choque entre as visões de privacidade e de intimidade nos diversos estratos da sociedade, como relatam os ACSs nas visitas em territórios de “morro e asfalto”. A tensão entre ser recurso e intruso apareceu, em muitas narrativas, passível de solução pelo caminho do encontro dos internos no território e no lar de seus pacientes. O respeito ao modo vida das pessoas foi ressaltado como requisito para a construção de vínculo e eficácia terapêutica:

[...] a gente conseguiu ir na casa dele... a gente foi, sentou e conversou com ele, falando ‘a gente quer te ajudar, a gente não vai falar mal de você’. E uma semana depois, ele mesmo sozinho apareceu e até uma tia dele ficou ‘nossa, o que tá acontecendo?’.(EF, GF10)

Território como potência de vida

Nas narrativas predominaram as adversidades do cuidado com populações vulneráveis. Ao perceberem sua prática clínica saturada de sofrimento social de grande magnitude, vieram

à tona limites e fragilidades do cuidado com as classes populares. Em algumas narrativas, porém, a vida respondeu com sua presença viva. Esta vibração emergiu de situações em que *“tudo na comunidade fala”*, nas palavras de Nina. Ou da catarse de uma equipe, que, tendo passado por território repleto de pessoas armadas, retorna de visita a uma paciente em fim de vida, que, apesar disso, planejava sua festa de aniversário:

[...] nossa ACS desatou a chorar pois se lembrou de um caso semelhante que aconteceu com sua amiga. Todas nós começamos a chorar no meio da rua. Nos abraçamos. Subimos a rua rindo e chorando ao mesmo tempo, refletindo acerca do momento que passamos lá, do quanto aprendemos em tão pouco tempo. (Juliana, S2)

Práticas de solidariedade, como vizinhos que se ajudam após cirurgias e internações, não escaparam à observação da interna Leila. Em outra ocasião de descobertas, foi à Quinta da Boa Vista, ponto de lazer dos cariocas em que ela redescobriu a própria infância. Na visita ao Museu Nacional, os “loucos” do CAPS se tornam cidadãos plenos de saberes e curiosidades. Ao perceber o papel terapêutico da circulação pela cidade, experimentou a clínica peripatética³⁹ onde hoje são escombros:

Eu só tinha ido lá quando era bem nova, então achei legal poder ir de novo. [...] foi interessante notar como coisas diferentes chamavam a atenção de cada um e como eles têm conhecimentos escondidos sobre algumas coisas aleatórias. (S4)

Nem sempre houve êxitos. Após fracassar em propor um grupo educativo, Lucas reflete, após ouvir a comunidade, que *Pela experiência negativa que tivemos na realização do local [...], decidimos mudar o local do grupo para a quadra, ao lado da Associação de Moradores*” (S7). Marília - vítima de grave episódio de violência armada em uma comunidade poucos meses antes - narra um lampejo de visão cidadã de alguém externa à favela, quando novamente a clínica foi fechada:

É uma sensação muito ruim ver aquelas portas fechadas e o desespero disfarçado que se instala nas pessoas. [...] fui embora, mais uma vez aflita, pensando nas pessoas que moram ali. (S10)

Nos momentos mais mágicos do cuidado, houve epifanias. Em certa ocasião, Nina acompanhava a equipe do CNAR, que perambulava de carro em um bairro distante à procura de uma usuária perdida, e o ACS a reconhece:

Um homem, que não tinha nenhum grau de parentesco com uma pessoa negra franzina de casaco de costas no meio de uma rua, SABIA EXATAMENTE QUEM ERA ELA! Como assim?! Meus olhos se enchiam de lágrimas enquanto aquele agente comunitário

negro descia desesperado da van no meio da rua para envolvê-la com seu casaco e abraço. (S15)

Considerações Finais

Este trabalho pôde estudar a narrativa dos internos sobre a experiência vivida em seu processo de aprendizado. Ao vivenciar situações comuns da Atenção Primária nos consultórios e no território, puderam aprimorar sua sensibilidade para muitas formas de sofrimento “não classificáveis” pelo cânone da biomedicina, mas vívidas, saturadas pela violência – e pela potência – dos territórios e pela vulnerabilidade social. Estes achados são relevantes por explicitar como os estudantes se inseriram no cuidado a estas populações e puderam experimentar graus elevados de responsabilização em um momento crucial da formação de sua identidade profissional. Não há, ao menos nos últimos dez anos, estudos brasileiros que enfoquem no aprendizado de competências culturais com ênfase no sofrimento psicossocial no período do internato.

Ao refletir sobre situações complexas, os estudantes puderam experienciar práticas centradas nas pessoas que buscavam atendimento sob supervisão dos professores da universidade e dos profissionais dos serviços e produzir sentidos – eficácia, realização, frustração, crítica – no seu aprendizado clínico. A transição da visão biomédica para outra ampliada e mais integral da prática médica não foi unívoca. Houve persistência da dicotomia medicina/sociedade para alguns, ocorreu uma única menção à rede intersetorial e a sensibilidade ao sofrimento de grupos mais vulneráveis foi minoritária. Isto indica necessidade de aplicar métodos de ensino e avaliação mais homogêneos ao longo do estágio, de forma a garantir mínimos no aprendizado das chamadas competências culturais.

Outro ponto a ser ressaltado é o papel da equipe: médicos preceptores e residentes, enfermeiros, ACSs e gerentes apareceram nas narrativas com modelos positivos e negativos, capazes de inspirar práticas clínicas eficazes e posturas profissionais, situadas nos contextos daquelas populações. Este modo de aprender a tornar-se médico é fundamental no cenário de grandes transformações das práticas em saúde, que exigem sólidas competências para trabalho coletivo¹¹. Por outro lado, não há garantia de que a sensibilização para o sofrimento social esteja na medida das necessidades daquelas populações, nem que se mantenha ao longo do tempo. Serão necessários estudos subsequentes para avaliar em que medida estas competências foram incorporadas à prática profissional.

Os achados deste estudo, ao ressaltarem a centralidade do componente psicossocial na clínica da Atenção Primária, fazem coro tanto a crítica da noção de competência como desfecho mensurável e desterritorializado quanto a crítica do reducionismo tecnicista da competência cultural, quando desconectada das necessidades reais dos usuários²⁴, em especial quando se trata de encontro entre pessoas de universos sociais tão díspares. Para além da competência, o conceito de *humildade*

*cultural*⁴⁰ pode informar as práticas educacionais em cenários comunitários, ajudando a formar médicos identificados e comprometidos com setores desassistidos e com a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Referências

1. Declaração de Alma-Ata. In: *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*; 1978; Alma Ata, Cazaquistão. [Internet]. 1978 [cited 2019 Mar 03]. Available from: <https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>
2. Comes Y, Díaz-Bermúdez XP, Pereira LL, Oliveira FP, Caballero González JE, Símica HE, et al. Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica. *Rev Panam Salud Publica* 2017;41:e130.
3. Ceccim RB, Pinto LF A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev Bras Educ Med* 2007; 31(3): 266-277.
4. Penfold R, Ali M. Building medical education and research capacity in areas of conflict and instability: experiences of the OxPal Medlink in the occupied Palestinian territories. *Med Confl Surviv* 2017; 30(3): 166-174.
5. Scheffer M, organizador. *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2018.
6. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução nº 3*, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina; 2014.
7. Vieira SP, Pierantoni CR Magnago C, Ney MS, Miranda RG. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 03];42(Esp.1):189-207. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500189&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

8. Rubenstein W, Talbot Y. *Medical teaching in ambulatory care*. Toronto: University of Toronto Press, 2013
9. Bollela VR, organizador. *Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira*. Ribeirão Preto: FUNPEC - Editora; 2014
10. Schrewe B, Ellaway R, Watling C, Bates J. The Contextual Curriculum: Learning In the Matrix, Learning From the Matrix. *Acad Med* 2018; 93:1.
11. Hodges BD, Lingard L. *The question of competence: reconsidering medical education in the twentieth-first century*. Ithaca: Cornell University Press; 2012
12. Spencer J, Mckimm J. Patient involvement in medical education. In: Swanwick T, organizador. *Understanding medical education: evidence, theory, and practice*. Chichester: John Wiley & Sons; 2014
13. Benbassat, J. Hypothesis: the hospital learning environment impedes students' acquisition of reflectivity and medical professionalism. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2019;24(1):185-194.
14. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis* 1997; 7(1):13-43.
15. Campos GWS. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada* [mimeo] [Campinas]: DMPS-UNICAMP; 1997.
16. Foucault M. Crise da medicina ou da antimedicina. *Verve* 2010; 18:167-194.
17. Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis* 2007; 17(3):465-484.
18. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência In: Franco TB,

Merhy EE, organizadores. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec; 2013.

19. Mcwhinney IR, Freeman T. *Manual de medicina de família e comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2010.

20. Bleakley A. *Medical humanities and medical education: how the medical humanities can shape better doctors*. London: Routledge; 2015

21. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Int Med* 1978; 88(2).

22. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med* 2006;3(10):e449.

23. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

24. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med* 2006; 3(10):e294.

25. Carraccio CL, Englander R. From flexner to competencies: reflections on a decade and the journey ahead. *Acad Med*. 2013; 88:1067–1073.

26. Yardley S, Teunissen PW, Dornan T. Experiential learning: AMEE Guide No. 63. *Med Teach* 2012; 34(2):e102-e115.

27. Mann K, Mcleod A Constructivism: learning theories and approaches to research In: CLELAND J, DURNING S, organizadores. *Researching medical education*. Chichester: John Wiley & Sons; 2015.

28. Kleinman A. “Everything that really matters”: social suffering, subjectivity, and the remaking of human experience in a disordering world. *Harv Theol Rev* 1997; 90:315-336

29. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Faculdade de Medicina. Internato Integrado em Medicina de Família e Comunidade e Saúde Mental. Rio de Janeiro; 2017.
30. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a reforma dos cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saúde Col* 2016; 21(5):1327-1338.
31. Williams A, Katz L. The use of focus group methodology in education: some theoretical and practical considerations. *Int Electron J Leadersh Learn* 2001; 5(3).
32. Minayo MCS Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002. p. 337.
33. Bonet O. Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro: 7Letras; 2014
34. Foucault M. O nascimento da clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.
35. Silva DAJ, Tavares MFL. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde Debate* 2016; 40(111):193-205.
36. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist Cien Saude Manguinhos* 1997; 4(3):513-531.
37. Comitê Internacional da Cruz Vermelha. *Acesso mais seguro para serviços públicos essenciais - relatório*. Brasília; 2018.
38. Carvalho SR, Andrade HS, Cunha GT, Armstrong D. Paradigmas médicos e Atenção Primária à Saúde: vigilância da população e/ou produção de vida? *Interface (Botucatu)* 2016; 20(58):531-535.
39. Lancetti A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec; 2008.

40. Foronda C, Baptiste D, Reinholdt MM, Ousman K. Cultural humility: a concept analysis. *J Transcult Nurs* 2016; 27(3):210–217.

6 MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO CLÍNICA COMPLEXA

Como vimos, a ideia de Medicina Centrada na Pessoa, embora não exclusiva da MFC, é um dos aspectos centrais deste campo acadêmico. Para além das técnicas em habilidades de comunicação, dos modelos de consulta e das propostas de mudanças no método clínico, uma visão contemporânea da MCP está baseada na transformação do encontro entre médico e paciente, em especial nas relações de poder entre médico, paciente e equipe de saúde em direção à colaboração na produção de cuidado⁸³.

No início de minha prática docente, tive muita dificuldade em lidar com a “ignorante presunção” de internos que iniciavam seu ciclo de estágio supervisionado. Minha impressão era de que, embalados por uma formação predominantemente teórica e biomédica, os alunos supunham que as extensas aulas e textos que fundamentavam sua formação alimentavam a sensação de domínio pleno dos aspectos objetivos do sofrimento humano. O fascínio pelo, pela exceção, pela raridade de fenômenos semiológicos e pelo jargão está explícito nos grupos focais de entrada:

“Eu acho que pareceu um pouco de esquizofrenia com abuso de substâncias.” (EM, GF3)

Os elementos do Método Clínico Centrado na pessoa, de forma não surpreendente, estavam ausentes ou apareceram de forma marginal nestas primeiras falas. A ideia de “phronese” ou sabedoria prática¹⁶¹ era desconhecida dos estudantes. Nas transcrições dos grupos focais de entrada, os alunos frequentemente se manifestavam com diagnósticos ou decisões terapêuticas de forma taxativa, não raro deixando o paciente apartado de seu raciocínio.

“A solução correta é não autorizar o transplante, ele não tem nenhum subsídio... [...] não é decisão dele afirmar ou apostar que esse paciente vai parar de beber. Isso não cabe ao médico, esse tipo de aposta” (EH, GF4)

Embora o fascínio pelo raciocínio diagnóstico biomédico fosse evidente, muitas narrativas ecoavam ruídos perturbadores da perspectiva hegemônica. As situações pontuadas nos vídeos de entrada mostram situações complexas, permeadas de sutilezas e incertezas, em que as “soluções corretas” não existiam nem eram explícitas - servia, por isto, como o gatilho para os debates. Problematisações sobre como a fixação pelo diagnóstico atrapalha a escuta do paciente, sobre a divergência de entendimento das causas da doença entre o conhecimento médico e o paciente, a influência do vínculo entre médico e paciente no manejo

- e como isto “polui” uma decisão mais técnica, a influência do contexto (família, comunidade, sociedade) no processo de adoecimento e cuidado.

As percepções iniciais dos internos sobre a prática clínica são diversificadas e provavelmente refletem as diferentes trajetórias individuais prévias – uma impressão do coletivo dos professores é que a entrada de estudantes cotistas mudou profundamente o perfil discente; de fato, muitos dos alunos que estagiaram no ano de 2017 utilizaram exclusivamente serviços públicos (incluindo a APS do SUS) e durante o curso médico, em que existem programas de iniciação científica e extensão na APS, além da disciplina do 3º semestre. Ainda assim, talvez a maioria tenha chegado ao estágio com expectativas atravessadas pelo “preconceito” com a APS. Este capítulo tratará das experiências relatadas pelos internos em suas trajetórias de aprendizado clínico nas Clínicas da Família cariocas.

Primeiramente, a partir da imagem estereotipada da clínica da APS como sendo de “baixa complexidade”, procurarei mostrar como esta visão se desloca para uma percepção de um tipo distinto de complexidade, que, ao ser reconhecida, abre espaço para os estudantes se depararem com a incerteza. Ao se abrir para as narrativas dos pacientes, a experiência do adoecimento passa a compor o quadro referencial da abordagem clínica. Ao se permitir contatos mais profundos com os pacientes, emergiram diversas questões referentes à relação médico paciente; por fim, analiso como a percepção do tempo na APS são fundamentais para o entendimento da MFC.

6.1 CLÍNICA DA ‘COMPLEXIDADE DA VIDA’

Ao observar muitas referências da literatura do campo da educação médica, William Osler, pioneiro da moderna medicina e educação médica, fui levado a embarcar na biografia “*A life in medicine*”, de Michael Bliss. O jovem Osler foi capturado pelo entusiasmo do século 19 com a chamada História Natural, e dividiu sua atenção com o curso médico e com excursões por florestas e pântanos canadenses, de onde trazia diversos espécimes para conferência em microscópio.

Vi um pouco do jovem Osler nos futuros médicos que iniciavam o internato: naturalistas que, depois de tanto tempo enfiados em aulas e no HU, onde repousam os raros espécimes, finalmente eram soltos no campo para coletar o material. Não sem uma visão preconcebida do que imaginavam encontrar: a MFC é vista como especialidade que é *menos medicina*, embora valorizada por seus aspectos “sociais” e pela “humanização”.

“Confesso que, apesar de toda essa exaltação alguns preconceitos vieram à tona: ‘Será que ficarei muito cansada de ver hipertensão e diabetes todos os dias’ ‘Será que os preceptores são bons?’ Afinal, Medicina da Família e Comunidade lida mais com problemas de baixa complexidade” (Juliana, S1)

O baixo prestígio das práticas clínicas da APS se liga ao paradigma flexneriano do hospital como *lócus* da excelência da educação médica, da desvalorização do SUS como perspectiva de trabalho, da falta de modelos e mesmo de conhecimento da realidade da APS. Isto se manifesta, como vimos na seção anterior, na dicotomia medicina/sociedade.

Onde predominaria uma visão social da medicina, o espaço para a prática e aprendizagem de uma medicina científica seria menos privilegiado. Para Jean, este preconceito tem a ver com o ensino

“[...] que é imposto como modelo de medicina desde o primeiro semestre da graduação”, que se baseia em “provas que avaliam capacidade de memória e sem muito propósito e usuários com esquizofrenia e lúpus eritematoso sistêmico” (RF).

O internato em Medicina de Família e Comunidade/Saúde Mental seria um fardo a ser carregado, obrigatoriamente cumprido, pois nele predominam casos tidos como de “baixa complexidade”, enquanto o desejado retorno ao hospital não chega. Não à toa, há relatos que transbordam excitação com diagnósticos tidos como difíceis, seja pela raridade, seja pelo simbolismo (como de Insuficiência Cardíaca). Mas as primeiras experiências desafiam o senso comum da baixa complexidade na medicina:

“Pude perceber que a ‘atenção básica’ como era chamada, não trata apenas de situações clínicas simples, básicas ou comuns, mas sim de uma grande diversidade de casos com vários graus de complexidade” (Carolina, S1)

Posto isto, destaco das narrativas quatro definições de complexidade: complexidade do nível de atenção, complexidade contextual, complexidade como multimorbidade, complexidade psicossocial. Muitas vezes houve sobreposição destas visões, mas propus esta divisão para entender melhor como a complexidade afetou o cotidiano dos estudantes.

O uso do termo baixa complexidade para se referir à APS como nível de atenção foi de uso corrente, que interpreto como *proxy* do “preconceito” dos estudantes. Trechos como o seguinte foram muito comuns no grupo focal de entrada, mas tornaram-se inexistentes nas últimas semanas e nos grupos focais de saída:

“[...] é um ambiente muito mais propício pra abordar essas pessoas, que o hospital de alta complexidade” (EM, GF1)

Na medida em que passou o tempo, as visões de complexidade mudaram com a experiência com os casos atendidos e a ideia de que a APS era de baixa complexidade foi abandonada nas narrativas. Casos como o seguir mostram a quantidade de variáveis contextuais envolvidas em uma cena corriqueira das Clínicas da Família:

“[...] há algumas semanas, ela foi a Clínica, acompanhada por uma amiga e, depois de fazer os testes rápidos, foi diagnosticada com sífilis, a qual tratou corretamente. Porém, a sua mãe não sabia que ela não era virgem e isso não poderia chegar, de maneira alguma, nos ouvidos dela. Acontece que chegou, e ela apanhou muito. Na terça, ela voltou a Clínica com a mãe e foi aí que eu a conheci. Sua menstruação não havia descido. Estava com suspeita de estar grávida. Sua mãe já estava chateada com o tratamento para sífilis. Fez o teste rápido para gravidez. Positivo. Quinze anos. Oitavo ano do Ensino Fundamental. Sua mãe desmoronou. Quando eu e a outra interna chamamos a adolescente para começarmos o seu pré-natal e, mais que isso, conversarmos sobre como ela estava com a notícia, a mãe entrou junto e começou a chorar muito. Logo a filha começou a chorar também, e só consegui manter o silêncio. [...] se eu, com 24 anos, ficaria desesperada com uma gravidez não planejada, imagina uma criança de 15 anos, com um futuro cheio de possibilidades pela frente e que agora já não seria mais bem assim?! Imagina sua mãe que provavelmente passou a vida toda cuidando dela e ainda a vê como uma criança... e que agora teria que cuidar de outra também. O preceptor teve a ideia de separarmos mãe e filha e fazermos duas consultas. Ele atendeu a mãe, para que ela pudesse desabafar e eu e a outra interna ficamos com a filha. Começamos perguntando como ela estava e se pretendia manter a gestação. Ela prontamente disse que queria tirar o bebê e que ia comprar um remédio abortivo em uma farmácia que conhece. Foi um momento difícil para mim pois por princípios sou contra o aborto, mas sei que como médica não posso julgar e que a decisão deve ser exclusivamente da paciente, pois é ela que viverá as consequências da sua decisão, seja ela qual for. Conversamos sobre os riscos dos medicamentos abortivos e dissemos que ela pode contar sempre conosco, independente do que escolher fazer. [...] seria o aborto a solução nesses casos então? Para mim, definitivamente não, mas ter essa ideia geral da vida dessas meninas me mostra mais uma vez que a realidade delas é muito diferente da minha e que não cabe a mim julgar suas decisões. Ao mesmo tempo, esse caso me fez ter uma reflexão muito positiva. Ao acolhermos a mãe e a filha, ao ouvirmos as duas separadas, ao nos mostrarmos ativamente preocupados com como elas estavam, acredito que tenhamos contribuído pelo menos um pouco com a situação. Por alguns de nós já conhecermos a mãe e a filha, elas se sentiram mais confortáveis, espero eu, quando desabafaram conosco. Ao conversamos com a filha e dizermos que, se ela tentasse um aborto e algo acontecesse de errado, ela nos procurasse, tentamos fazer uma redução de danos e um cuidado a longo prazo com ela, independente de gestação” (Marília, S11)

Eu presenciei a cena e lembro quão marcante ela foi para todos e todas que dela tomaram parte. A mãe quase agrediu a filha, e somente conseguimos dar conta da consulta com a jovem ao separá-las. Situações como a acima são comuns no cotidiano das clínicas da família. Crises familiares por gestações indesejadas, disposição de enfrentar a lei para seguir a vida em frente, violência intrafamiliar se misturam a uma inevitável transferência (jovem grávida), valores pessoais (contra o aborto), a necessidade de saúde de uma paciente em momento difícil da vida, abrindo margem para o imprevisto, para o incontrollável e para o

imponderável. Esta complexidade contextual foi bastante discutida pela equipe: houve quem condenasse a adolescente, quem criticasse a mãe, quem buscou se distanciar do ocorrido. Marília foi uma escriba deste caso de família (como se referia, em tom de galhofa, outro interno, ao comparar com um programa vespertino homônimo de TV que fazia sensacionalismo com dramas familiares) e captou, em seu relato, o espírito da equipe. Por isso, transparece no conteúdo das reflexões e no trágico estilo narrativo adotado por Marília como a complexidade da situação foi elemento de aprendizagem e que a levou a concluir que *“vale a pena praticar e lutar por essa medicina”* (S11).

A complexidade contextual abriu a porta para outra, explorada no capítulo anterior. A elevada densidade de sofrimento psicossocial, remonta à necessidade de reconhecimento do contexto dos pacientes para compreensão das demandas de saúde trazidas aos serviços. Casos que costumam ganhar a atenção dos internos, como pessoas com marcadores metabólicos de diabetes muito mal controlados, os fazem com frequência propor soluções simplistas, como convocação do paciente, encaminhamento para nutricionista, ou mesmo aventar se não seria o momento de “dar uma bronca”. O caso abaixo põe juízos categóricos em suspenso:

“Um paciente usuário de drogas (maconha, crack), diabético complicado – amputação supra patelar de MIE e amputação de quirodáctilos em MID - e hipertenso que vai à clínica com curva glicêmica extremamente alterada e curativo com odor fétido. Durante a consulta percebo situação social extremamente complicada: 1- O paciente morava com outros usuários de drogas, os quais ele acusava de furtarem seu dinheiro e equipamentos médicos; 2 – Relatava ser abandonado pela família e não ter como comer todos os dias pela falta de dinheiro; 3 – Mora em um cômodo extremamente sujo e pouco ventilado (SIC ACS). Essa situação me deixou muito incomodado pois não sei como a equipe poderia auxiliar e produzir saúde nesse contexto (além de consultas, prescrição das medicações, realização de curativos, VDs...) e além disso, será que a saúde mental poderia interferir?” (Gustavo, S2)

A ideia de que a *complexidade psicossocial* está na raiz de muitos processos de adoecimento passa a ser corporificada, e não mais uma referência teórica. A se ver diante de uma pessoa cuja curva glicêmica alterada parece ser mais um sintoma de um adoecimento mais profundo, que requer abordagens para além dos recursos habitualmente empregados. A sobreposição de sofrimentos, que na situação do grupo focal de entrada, discute a necessidade de interrupção do uso de álcool para o transplante, engendrou um termo muito significativo para complexidade:

“[...] acho que faltou abordar a complexidade da vida dele que tá levando a dificuldade de abandonar o hábito, que naquele momento era uma questão de vida ou morte né? (EH, GF1)

Termos com sofrimento social ou interseccionalidade são comuns no debate acadêmico, mas a singeleza como o estudante enfrentou o problema da dicotomia baixa x alta complexidade clínica me encantou. *Complexidade da vida* tornou-se paradigmática nesta pesquisa. O termo sintetiza a problemática da complexidade na APS. Esta percepção fez aparecer casos de pessoas com sofrimento mental grave, com uso problemático de substâncias, contextos familiares conturbados, pobreza e em situação de violência como reveladores de como a complexidade da APS acrescia dificuldade ao manejo das condições clínicas, de tal forma que novas competências para abordá-la foram se mostrando imprescindíveis:

“É muito mais fácil quando o paciente X é meu paciente [no ambiente hospitalar], ele chega, ele conta da esposa dele..ele conta do filho, ele conta da sogra. Mas eu não sei quem são, não os conheço. E aí na medicina de família isso é completamente diferente. Você atende hoje ele, amanhã você atende a esposa e daqui a 2 semanas você vai atender a sogra e você se vê no meio de uma lavagem de roupa suja mesmo. [...] então realmente é muito complexo e difícil. “ (EH, GF10)

“[...] paciente de 16 anos com encaminhamento para o CAPS AD, devido ao uso abusivo de drogas. Durante a interconsulta conseguimos perceber que o principal problema era uma relação conturbada com o marido. A paciente relatou que era agredida pelo seu parceiro, e que usava drogas na companhia dele e durante as brigas, chegando a comentar que se drogava para fugir dos problemas e esquecer a realidade. [...] acompanhando essa interconsulta consegui observar a abordagem de ambos os profissionais em conjunto, tentando entender a situação e fazer com que a mesma enxergasse que o problema principal era a relação com o marido, e o quanto essa situação a prejudicava. Também percebi a minha dificuldade em lidar com consultas tão complexas como essa, e tão comuns na realidade da população brasileira.” (Carolina, S3)

Por fim, a principal ideia que ampara a visão da APS como local monótono e de baixa complexidade seria a pouca variabilidade de diagnósticos. Está subentendida a ideia do hospital como depositário de grande quantidade de “espécimes” clínicas, que remonta à escola médica cursada por Osler. Daí o entusiasmo quando se deparam com grande variabilidade de situações clínicas:

“Atendemos um pouco de tudo, o que foi muito interessante: clínica médica, GO, pediatria, saúde mental. A cada chamada de paciente era como jogar numa roleta médica qual seria a próxima queixa e deixar a sorte escolher. ” (Raul, S1)

Muito internos narraram excitação ao se deparar com possibilidade de diagnosticar problemas de saúde emblemáticos, como Raul, ao se deparar com sua “*primeira insuficiência cardíaca*”. Mas talvez a situação mais emblemática desta visão da complexidade clínica *strictu sensu* tenha sido trazida por William, que acompanhou, em suas últimas semanas na clínica, uma paciente com muitas morbidades e manejo complexo. Tratava-se de mulher de 80

anos hipertensa, diabética, insuficiência cardíaca vista pela equipe como “hiperutilizadora”. Mesmo William tendo me parecido um discípulo dileto do jovem Osler, ele mostrou seu arsenal aprendido no estágio:

“Já entrei para a consulta preparado para atender suas queixas inespecíficas da maneira mais eficaz que aprendi até agora: ouvir as queixas, mesmo que não façam muito sentido fisiopatológico e examinar os sistemas abrangidos pelas queixas com a intenção de sinalizar ao paciente que não há alterações orgânicas que sustentem sua queixa. ” (S17).

Sua avaliação clínica detectou interações medicamentosas nocivas, descompensação da insuficiência cardíaca e uma arritmia confirmada como fibrilação atrial. Sob supervisão, procurou otimizar a prescrição e iniciou anticoagulação. Entusiasmado, relatou:

“Ainda que a paciente não esteja completamente controlada, sinto que ela está nesse caminho e conseguiremos atingir esse objetivo. Isso me traz muita felicidade, não é frequente, na graduação, a possibilidade de acompanhar quadros complexos do diagnóstico à estabilização da doença. ” (S17)

Acompanhou esta mulher até o final do estágio, com consultas semanais. Em seu relato, transparece a valorização do manejo clínico de uma situação complexa, com ênfase nos aspectos biomédicos da indicação do tratamento farmacológicos - e seus potenciais benefícios. A introdução do anticoagulante - indicada pelos guidelines para os casos de fibrilação atrial, no entanto, foi tortuosa: duas semanas depois, a paciente teve acidente vascular cerebral. Sua reflexão se concentrou nas possíveis interações medicamentosas, nas condutas dos serviços de emergência (que diagnosticaram uma infecção de trato urinário, mas não solicitaram coagulograma) e de APS. Apenas no final do estágio, quando o coagulograma se estabilizou e foi reintroduzir a warfarina, teve a dimensão do desafio:

“[...] comecei a conversar com ela e com a filha (outra filha, que eu ainda não tinha conhecido) sobre as comorbidades da paciente, que era importante saberem quais eram e quais medicações tomava para eventuais contatos com serviço de saúde que não a clínica da família. Tentei de todas as formas possíveis explicar doença por doença, mas já é de se imaginar a minha dificuldade em dizer “hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial e insuficiência venosa em uso de varfarina, furosemida, carvedilol, enalapril e espirolactona” em termos leigos, imagine a dificuldade da paciente em entender. O máximo que conseguimos foi “pressão alta, coração grande, varizes e remédio para afinar o sangue”, a palavra “arritmia” já gerava dificuldade. Foi aí que veio a ideia de escrever, fizemos uma “declaração” resumo das comorbidades e das medicações utilizadas pela paciente para que ela sempre pudesse apresentar para qualquer profissional de saúde que a atendesse, além de um “mapa” das medicações para fixar em local visível com as medicações separadas por turno. ” (S21)

Este relato explicita a tensão que a complexidade do mundo real engendrou na prática dos estudantes, ao se chocar frontalmente com o modelo explicativo de causalidade típico da biomedicina. Ao entrar em contato, ainda que aos solavancos, com uma forma não linear de enxergar a realidade, mediada por uma multiplicidade de fatores¹⁰, os estudantes se depararam com um enorme grau de incerteza em sua prática. Ao esperar “baixa complexidade” e ganhar novas visões de complexidade, a incerteza foi mais um elemento desconhecido no aprendizado da medicina.

6.2 O MAR DE INCERTEZAS

A fantasia de pureza e de controle da natureza proporcionadas pela biomedicina começa a se desfazer ante a complexidade da produção de cuidado no mundo real. Um dos desdobramentos mais relevantes nas narrativas sobre este tema é o elevado gradiente de incerteza nas situações clínicas. Como “[...] um julgamento clínico é fundamentalmente prático e moral, informado mas não determinado por evidências científicas”⁸⁷ (p. 36, tradução nossa), o internato é um rito de passagem para a comunidade de práticas médica, ao ser o momento de responsabilização por este julgamento¹⁶².

Embora a temática da incerteza e da complexidade tenha ganhado espaço na literatura médica¹⁶³, a APS é um cenário privilegiado para o aprendizado destes componentes. Em suas peripécias no estágio, os internos tratam da incerteza como uma grande novidade. Penso que em virtude de sua formação fortemente teórica, do currículo oculto - que fortalece certezas para provas de residência, e mesmo a cultura do cenário hospitalar¹⁶⁴.

Uma revisão do tema da incerteza na prática clínica, sintetiza quatro abordagens comuns do tema na literatura, embora ressalve que os temas da relação médico-paciente, de uma perspectiva psicanalítica, e do poder sejam abordagens bastante comuns:

a) medicina baseada em evidências, que considera incerteza em termos probabilísticos (bayesianos); (b) medicina narrativa, que considera a incerteza em termos do caráter aberto da forma narrativa e o espaço criativo no qual a narração é realizada; (c) medicina como raciocínio baseado em casos, que considera a incerteza em termos de julgamentos éticos situados e conhecimento tácito (e que, eu sinto, supera muitas das limitações da medicina baseada em evidências e baseada em narrativa); e (d) cuidado multiprofissional, que considera a incerteza em termos de como o conhecimento, o raciocínio e a ação estão espalhados por uma rede de pessoas e tecnologias. (P. 26, tradução nossa).⁸⁹

Nos diários de campo reflexivos, a narrativa de incertezas foi muito presente. Muitos estudantes o utilizaram espaço protegido e se referiram à supervisão como ferramenta para encarar suas fragilidades de forma mais aberta. De forma geral, todos os temas propostos acima foram encontrados. No entanto, o raciocínio baseado no caso foi de longe, o mais narrado. Diagnóstico e tomada de decisão foram, mais que conduzidos por aspectos cognitivos bem definidos, situados no cenário de atuação dos internos: “[...] o conhecimento necessário para encenar o encontro clínico é muitas vezes tácito, vinculado ao contexto e efêmero, em vez de codificável, transferível e duradouro, muitas vezes é sub-reconhecido e sub-explorado pelos comentaristas acadêmicos sobre método clínico”⁸⁹ (p. 35, tradução nossa).

Em um dos poucos relatos de busca ativa de ferramentas da Medicina Baseada em Evidências, um ponto de fragilidade da disciplina, Marília narrou a tomada de decisão - em uma sessão clínica - diante das queixas de dor precordial de uma mulher frágil, com autocuidado prejudicado, perda de memória, risco cardiovascular calculado alto. A preceptoria da clínica demandou estudo em ferramentas de medicina baseada em evidência (Dynamed e Up to Date) e, na sessão clínica, foram pesadas as grandezas epidemiológicas e o contexto da paciente:

“Fizemos uma revisão bibliográfica sobre angina estável/instável e insuficiência cardíaca congestiva, e discutimos com os demais internos, residentes e preceptores se a submetíamos a um cateterismo ou mantínhamos uma conduta conservadora, com teste ecocardiográfico - que foi nossa conduta na segunda-feira. Achei o estudo para o caso e a discussão muito enriquecedora e concordamos, coletivamente, que para ela a melhor escolha seria manter os testes não-invasivos e a partir dos resultados deles, considerar novamente o manejo.” (Marília, S4)

Presentes com frequência um pouco maior, em especial com internos que se incorporaram legitimamente às equipes de saúde, a ideia da incerteza como prática coletiva⁴¹ se fez presente nos grandes desafios como no atendimento intersetorial a famílias muito pobres, pessoas portadoras de multimorbidades, com tantas camadas de sofrimentos sobrepostas

“Dessa vez, um senhor afásico, amnésico, casado com uma senhora com ideias paranoides, ambos sem renda, morando sozinhos numa favela do Rio de Janeiro. Não sabia nem por onde começar. O nome da condição - afasia - só ficou claro na minha mente no segundo contato com o senhor, provavelmente por causa das perguntas da psiquiatra e apesar de isso ser evidente. O matriciamento serviu para mudarmos o diagnóstico de “demência a esclarecer” para “demência vascular com afasia, amnésia e comprometimento de Atividades de Vida Diária”. Mesmo assim, sinto que exploramos pouco algumas questões, como a perda traumática do filho do casal, o uso de álcool e drogas, além dos sintomas psicóticos de Norma. [...] o que mais angustia é minha pouca

familiaridade com a rede intersetorial que, certamente, beneficiará o casal. Acionaremos SISREG, CRAS, CDA, CAPS, RIOFARMES e qualquer serviço dessa sopa de letrinhas para conseguir o que nós achamos que vai ajudar. Mas e quanto o laudo para o INSS? Já tivemos três contatos com o casal, essa é a principal demanda da irmã, por que adiamos tanto? Por que tanta insegurança para prosseguir?" (Jean. S11)

O desconforto com o mar de incerteza presente na APS fez ecoar em algumas narrativas o equivocado conceito de que o generalista deve conhecer todo o campo de conhecimento médico²³, por extensão, pode-se considerar que a superespecialização seria um lugar confortável. Isto estaria ligado ao menor número de diagnósticos possíveis de se trabalhar. Essa separação entre o mundo da medicina e o mundo da vida⁸⁹, somada ao desconhecimento (ou desprezo) pelas regras bayesianas do processo diagnóstico¹⁶⁵, entra como mola da incerteza dos futuros médicos:

"[...] não me sinto preparado para lidar com tantos diagnósticos possíveis que existem nas descrições de toda a clínica médica. Certamente, estou bastante aquém do conhecimento teórico que deveria ter atingido, sinto que só consigo discutir questões que sejam muito básicas. Isso me apavora, não quero me tornar um médico que segue o mantra: dipirona para dor de cabeça e febre, escopolamina para cólica, ibuprofeno para dor muscular e articular, omeprazol para dor epigástrica, amém" (S8)

A raridade diagnóstica - e a angústia em não ter uma formação suficientemente enciclopédica para identificar prontamente seu aparecimento - foi a tônica de alguns diários de campo, ao menos no começo desta travessia. Este verdadeiro artefato de hospital terciário poderia ter poupado os estudantes de algumas boas horas de sofrimento - e de mais produção de atividade cuidadora¹⁶⁴. A exposição a situações como a de Leila, que, sob a supervisão de preceptor experimentado nas artes da incerteza, se viu diante de uma situação comum da APS: uma criança que, tendo quadro clínico de potencial gravidade (taquipneia em criança febril), não se enquadrou em nenhum diagnóstico e não sofreu intervenção imediata:

"Achei interessante o fato de termos que lidar com a incerteza nesse caso e não termos respostas certas a nossas perguntas. Por outro lado, é reconfortante poder arriscar um diagnóstico sabendo que essa família está a nosso alcance e nós estamos ao alcance dela" (S1)

Pacientes que provocavam desconforto eram aqueles habitualmente enquadrados no capítulo de sintomas físicos sem explicação médica. Sabe-se que muitos destes casos são especialmente desafiadores por não se enquadrarem nas gramáticas diagnósticas e requererem habilidades relacionais e manejo adequado dos sintomas¹⁶⁶. Leila atendeu um homem marcado pela violência: perdeu sua capacidade laborativa devido a uma agressão. A cada consulta uma

revelação da história de vida dele - e de um novo sintoma: tontura, dores de cabeça, dores nas pernas. Embora aliviada por poder utilizar retornos breves, conta que queixas emocionais misturadas com sintomas físicos a confundem.

Lucas, por sua vez, se sentiu irritado. Em uma consulta também para avaliar capacidade laboral, não conseguiu seguir nenhuma das pistas que imaginava. Sem concluir por dois diagnósticos fechados (“Radiculopatia” ou “artrite reumatoide”), descobriu que se tratava de uma mulher com graves problemas para dormir e que convivia há muito tempo com diagnóstico de transtorno bipolar. Incapaz de concluir se a mulher teria capacidade laborativa, se viu diante de uma situação que nem mesmo ele conseguia definir bem:

“Sempre que estávamos aprofundando em qualquer queixa da paciente, ela adicionava novos sintomas e comentava sobre algo da história clínica dela que não tinha relato com o que estava sendo perguntado, o que me deixou deveras insatisfeito e bastante agoniado para que a consulta acabasse logo, pois ela se estendia e não conseguíamos caracterizar com clareza muito bem sinais e sintomas da paciente bastante poliqueixosa.” (Lucas, S10)

Este excerto explicita a narrativa como ferramenta de elaboração da incerteza. Embora nem todos tenham o mesmo grau de versatilidade nesta arte (alguns inclusive fizeram parte de projeto de iniciação científica em medicina narrativa), muitos alcançaram o ponto de acessar a experiência do adoecimento através da narrativa. Juliana e sua equipe foram demandadas por uma família para visitar uma idosa que se queixava muito de dor e de esquecimento. Ao chegar,

“Dona C. parecia ótima, cheia de vida, como se estivesse no auge dos seus 30 anos. Dizia para nós: “Sou pernambucana, cabra da peste!” - caindo na risada logo em seguida. O que de fato deveríamos fazer quando as demandas do paciente não correspondem às demandas médicas? O que todos viam como um problema, não era identificado pela própria paciente. Muito pelo contrário, ela insistentemente se demonstrava grata a Deus por chegar até ali do jeitinho que estava. Preferiu gastar seu tempo conosco contando das coisas boas que a vida lhe deu, um pouquinho da sua história. Mostrou-nos o retrato da filha falecida em meio a algumas lágrimas. Assim que A. começou a questionar algum problema com sua visão foi logo buscar seus outros dois óculos para nos mostrar como ficava bonita com eles, ignorando qualquer queixa antes relatada por sua neta. Estava grata e satisfeita apenas por estarmos ali. Até que ponto poderíamos fazer alguma intervenção por dona C.? Valeria a pena abarrotá-la de exames complementares, picadas de agulha, em uma investigação incansável de um possível diagnóstico demencial? Ela que com seus 87 anos encontra-se tão mais plena e feliz que muitos de nós. Seria negligente de nossa parte apenas lhe prescrever um remédio para alívio da dor relativa à artrose nas mãos, que era realmente sua queixa e o que de fato desejava? (S4)

Como nos ensinou, bem como a Juliana e sua equipe, Dona C. arrasta o seu entorno para o que entende ser seu sofrimento, sua perspectiva mui singular do que é estar doente.

Como no questionamento de Juliana, considerar a perspectiva dos pacientes pode não ser negligência. Ao menos neste aspecto, a incerteza relatada pelos internos irá ganhar outra vida com o aprendizado da experiência do adoecimento.

6.3 EXPERIÊNCIA E EQUILÍBRIO DE PODER

Pressuposto fundamental de qualquer modelo clínico centrado na pessoa, o conceito de *experiência do adoecimento* foi matéria-prima do aprendizado no internato. Seja evidenciada de forma explícita, por enunciação de situações em que a perspectiva do paciente era sublinhada de forma consciente pelos alunos, seja pelos relatos de estranhamento dos estudantes frente a narrativa de sofrimento dos pacientes de forma não codificável pelas classificações médicas, a necessidade de refletir ou narrar a partir do sofrimento do outro coloca um aspecto fundamental da medicina em questão: a assimetria de poder entre médico e paciente precisa ser atenuada para que emergja a perspectiva do paciente⁸³.

“[...] todo mundo aqui passou por várias situações de o que a gente, o que a equipe julgava ser o melhor pro paciente as vezes no contexto dele, para ele, não era o melhor.” (EM, GF10)

Considerando a não existência de um currículo teórico único para o internato e a grande heterogeneidade da supervisão, penso que este aprendizado foi mediado pelas equipes como Sistema de Atividade, isto é, pelo aprendizado prático durante o processo de cuidado, que envolvem os profissionais e os pacientes. A baixa frequência com que é utilizado o conceito *experiência do adoecimento* (ou do termo em inglês *illness*) me leva a pensar desta maneira. Ainda assim, situações como a relatada por William no cuidado com sua paciente no item da complexidade fazem emergir a experiência como aspecto fundamental. Neste aprendizado da sabedoria prática o “*contexto dele, para ele*” vai conquistando espaço. Nos grupos focais de entrada, predominam considerações bastante descritivas sobre os vídeos, possivelmente remontando à formação hospitalar-paternalista da formação:

“[...] eu tinha uma ideia contrária de que as pessoas eram mais paternalistas na atenção básica que no restante da medicina mas o que eu percebo é que na verdade é justamente o oposto, a gente aprende a não ser paternalista dessa maneira que a medicina do hospital geral faz a gente ser, que faz a gente tomar as decisões pela pessoa, que faz a gente não conversar, não explicar. Já parte do princípio que a pessoa não vai entender e não deixa ele tomar a decisão dela. (EM, GF6)

A visão da experiência do adoecimento relatada pelos internos costuma conter elementos autoritários: por vezes, a explicação do paciente é desvalorizada como irracional; outras vezes, suas estratégias para lidar com o sofrimento são tidas como transtornos. Por fim, chama a atenção como o raciocínio clínico é descontextualizado e apartado da visão do paciente⁸³:

“[...] é muito comum mesmo, né, explicações que não têm muito fundamento sobre o início da doença” (EH, GF4)

Ainda assim, as referências ao “lado do paciente” estão presentes na entrada, mas acessadas de uma perspectiva preponderantemente ético-humanística, menos ancorada nos aspectos concretos da experiência de pacientes atendidos. Isto, por um lado, evidencia a pequena experiência com o atendimento clínico, mas por outro lado remonta a aspectos que podem estar presentes nos valores pessoais, nas experiências pessoais/familiares ou mesmo no currículo oculto/informal:

“[...] eu tenho um caso psiquiátrico na família e que é muito difícil fazer ele aceitar que ele tem um transtorno, que ele consegue levar uma vida normal com o tratamento, [...] eu sinto que existe essa distância do paciente aceitar a ajuda médica porque é difícil de receber essa notícia. ” (EM, GF 2)

O principal vetor do aprendizado da experiência do adoecimento foi, portanto, ancorado na experiência vivida dos casos. Desde experiências em que a empatia com graus elevados de sofrimento social (como visto em capítulo anterior) a momentos em que o reconhecimento da visão dos pacientes sobre seu próprio sofrimento se abre como um evento produtor de sentido para o processo de cuidado e, não raro, promoveu mudanças no processo de decisão terapêutica:

“Disse que em um dos dias sentiu calafrios e teve a sensação de estar com febre, a famosa ‘febre interna’. Perguntamos, então, o que ele gostaria que fizessemos por ele, pois já estávamos instituindo a terapêutica e as orientações de repouso preconizadas. Ele desejava realizar uma radiografia de coluna, com o objetivo de investigar eventuais fraturas ou uma ‘infecção interna’” (Jean, S4)

O *setting* do consultório, com as devidas técnicas de abordagem da experiência do adoecimento, não foi o único ambiente em que os internos entraram em contato com este tema. Como vimos no capítulo anterior, as visitas domiciliares revelaram aspectos fundamentais da experiência das pessoas. Ademais, duas internas que rodaram em uma clínica

que prezava pelos grupos clínicos, ressaltaram a diferença nas narrativas que emergem do engajamento coletivo dos pacientes no serviço de saúde:

“Essa semana participei do grupo de diabetes organizado pela residente. Ela preparou uma dinâmica bem diferente, com o objetivo de conversar sobre como os pacientes se sentem em relação à diabetes e não tanto sobre a doença em si. [...] achei que eles se abriram bastante. Um paciente com o pé amputado disse que a diabetes não o atrapalha e que ele era muito feliz. Ao lado, a filha desenhava uma menina chorando e disse que não era bem assim. Contou que ele se sentia mal pelas restrições da doença. Que quando era novo ele não tinha muita comida em casa e agora que tem, não pode desfrutar. Outra paciente nos confessou que também chorava às vezes por ter que lidar com a doença. Os participantes ouviam os outros e trocavam experiências durante as falas. Acho que juntos, usuários e equipe, conseguimos construir um ambiente confortável para a fala”. (Leila, S17)

Em campos de estágio onde o ensino dos princípios da MCP era estruturado, foi possível identificar relatos que utilizaram de forma consciente e sistemática a abordagem da experiência do adoecimento para os casos atendidos. Neste excerto, salta aos olhos ainda a fusão do raciocínio clínico com a abordagem explícita da experiência do adoecimento, processo em investigação como aspecto peculiar do modo de raciocinar do MFC¹⁶⁶ como possível resposta à crise de comunicabilidade por que passa a medicina⁸³ (p. 62).

“Eram queixas e mais queixas sem conexões entre si, que apenas se embaralhavam em minha cabeça sem que eu conseguisse ajustá-las em um diagnóstico clínico. [...] foi aí que, com o aprendizado obtido durante este contato com a Medicina de Família e Comunidade, pude ver a luz no fim do túnel. Pensei: Que ótima oportunidade para exercitar a medicina centrada na pessoa. Lembrei do nosso tão querido e famoso acróstico SIFE²” (Juliana, S19).

Em síntese, a incorporação dos internos no cotidiano de equipes de saúde para as quais o acesso à experiência do adoecimento foi o principal vetor do aprendizado deste aspecto da MCP. Como vimos na experiência de William, a ênfase nos aspectos biomédicos do cuidado - e desconsideração dos aspectos contextuais - abriu caminho para desfechos desfavoráveis. Ainda assim, o excerto acima dialoga com o de outros Relatórios Finais, para os quais o acesso à experiência do adoecimento e a incorporação destes na prática médica foi um dos pontos altos da rodada:

“Ao longo da rodada, foram vários os momentos que me mostraram que não posso esperar que os pacientes tenham o mesmo entendimento que eu das suas queixas e, mais que isso, que a experiência pessoal de cada um molda completamente as percepções sobre o seu adoecimento. Levo

² Forma sistemática de abordar a experiência do adoecimento. A sigla se refere a Sentimentos, Ideias, Funcionalidade e Expectativas²⁷.

esse como o aprendizado mais importante da rodada e tento cada vez mais internalizá-lo, uma vez que sua aplicação consegue estabelecer uma relação muito melhor com os pacientes." (Marília, RF)

O depoimento de Marília é bastante significativo. Como uma interna que valoriza a relação médico-paciente, o aprendizado da experiência do adoecimento forma a base para a consolidação daqueles aspectos. Mas a pequena referência ao compartilhamento de decisões é uma omissão que me saltou os olhos. Entendi que este desdobramento quase lógico da avaliação da experiência do adoecimento foi no mínimo, pouco enfatizado, embora entenda que se trata de um desafio contemporâneo à educação médica. Ao contrário, em muitas reflexões que trazem tomadas de decisão tidas como difíceis, predominam nas narrativas aspectos biomédicos como multimorbidade, polifarmácia, indicação de tratamento conservador, em geral sem a participação de pacientes e famílias.

As narrativas apontam para decisões compartilhadas com frequência em casos “difíceis”, resultantes da resistência dos pacientes às condutas orientadas pelas equipes de saúde e que podiam implicar em condenações éticas; em outras, a linguagem fornece pistas para compreensão dos lapsos: paciente “colaborativo”, “bom entendimento” via de regra trazem assimetrias de poder, mais ou menos explícitas:

“[...] eu fico pensando se a gente entrasse na casa dela para pegar ela a força e fazer o que a médica fez. Mas demora um tempo até você aceitar que não é isso que você tem que fazer, você tem que ter uma experiência de ver a coisa funcionar dessa outra maneira que todo mundo fala que funciona, para você acreditar e ir lá e fazer parecido. Por que enquanto você não vê com seus próprios olhos que você tomar uma decisão mais amena e mais demorada e aquilo dá certo, você fica meio” (EM, GF6)

“O cara não queria mesmo, eu até falei: olha só, é decisão dele, decisão compartilhada as vezes é até uma forma de proteção nossa sabe? O paciente que não quis” (EH, GF7)

“[...] aquele paciente que, tem uns que funciona, e você vê que você consegue fazer um plano mais compartilhado mesmo com o paciente, e tem aqueles que não, ele quer que você ali decida, e ele vai seguir na medida do possível” (EH, GF7)

“Relatava alguma melhora após as medicações prescritas, tanto da sintomatologia cardíaca quanto da abdominal. Estava esperançosa no tratamento. Contudo, no próprio dia da consulta, acordou de madrugada com um episódio de DPN. Na consulta, ofereci novamente a possibilidade de interna-la para otimização do quadro, que novamente foi recusada por ela. Havia colhido sangue para os exames solicitados no próprio dia, então apenas examinei-a e progredi as medicações, marcando um novo atendimento para a semana seguinte. ” (Raul, S8)

Ainda assim, mesmo para uma mente tão flexneriana como a de William, uma narrativa de episódio sobre o continuum experiência-decisão compartilhada vivido em matriciamento tenha sido talvez a mais significativa dos diários de campo. Frente a um

homem que convivia com delírios e tinha atraso intelectual, mas que estava bastante incomodado com o efeito da medicação sobre seu desempenho sexual, demandou matriciamento por profissionais do NASF. Presenciou como a valorização do impacto da medicação no cotidiano do paciente, a gravidade dos sintomas e mesmo o questionamento do diagnóstico de esquizofrenia se apresentaram como um interessante exemplo de decisão em que, se não foi compartilhada, levou em conta elementos fundamentais da experiência do paciente:

“Ao abordarmos o problema o paciente disse que os remédios o deixam “brocha”, não possui vontade de sair ou de se relacionar com mulheres por ter medo de eventualmente não conseguir ter uma ereção e virar motivo de piada, não tem saído com os primos para festas, como costumava fazer, por esse mesmo motivo, mostrando-se o tempo todo muito aflito com a situação. A mãe refere que o problema é real, mas está na realidade preocupada com a vontade do filho de suspender a medicação e nos conta do comportamento do filho antes de iniciar sua terapia. [...] Consideramos que é bem provável que o quadro de disfunção esteja relacionado ao uso das medicações, mas optamos por agendar o retorno de R para uma interconsulta com a psiquiatra matriciadora da clínica, antes de fazer qualquer alteração na prescrição. Nesta semana, R retornou para a interconsulta sozinho. Ele estava menos bradipsíquico que na consulta anterior e a Dra. Lygia conduziu a anamnese psiquiátrica juntamente conosco. Ao final percebemos que as únicas alterações psicopatológicas presentes seriam os delírios auditivos que já estão controlados com a medicação e um grau de inteligência classificado como borderline, uma inteligência diminuída, porém não tanto para ser considerada um retardo mental. Foi optado por reduzir a dose de neuroléptico, visto a total estabilidade do quadro do paciente, bem como solicitar dosagem de prolactina que poderia ser a causa da disfunção erétil. [...] fiquei bastante satisfeito com a interconsulta com a Lygia [...] é muito reconfortante aprender com profissionais questionadores que sempre propõem fazer o melhor pelos seus pacientes. ” (William, S9)

6.4 VIVENDO AS DORES DA RELAÇÃO

Embora a Relação Médico-Paciente seja uma temática imprescindível do curso médico - na UFRJ, a disciplina de Psicologia Médica no M6 aborda especificamente esta temática, sabe-se que há uma erosão afetiva à medida que os estudantes progridem¹⁵⁹, identificado como resultante principalmente de processos clássicos de defesa psicodinâmicos⁸³:

[...] os estudantes recorrem a mecanismos clássicos de defesa psicodinâmica, como o "isolamento emocional" (não se deixando tocar profundamente pelo sofrimento), que se tornam externalizados e ritualizados no humor negro e nos estereótipos negativos dos pacientes. Normalmente, essas defesas se tornam crônicas e institucionalizadas, de modo que a medicina como um todo pode operar através da repressão e da negação, em vez da defesa do ego protetora, mais branda. (P. 61, tradução nossa)

Bleakley também ressalta que a ênfase do aprendizado da ciência biomédica nos cursos de medicina ocorre com frequência visto como mutuamente excludente frente a conteúdos mais holísticos de entendimento do paciente e do cuidado⁸³. Não por acaso, nos grupos focais de entrada um vínculo forte entre médicos e pacientes é visto frequentemente como perturbador das tomadas de decisão:

“[...] a decisão dele [do médico] tem que ser baseada no que ele tem agora e o que ele tem agora e ele tem agora um paciente que não tá apto para o transplante e tem que ser baseado nisso a decisão dele e não no apelo emocional” (EH, GF2)

A ideia de função apostólica - a missão sagrada de curar não pode ser perturbada por fatores externos ao médico - é tradicionalmente coordenada com o afastamento das emoções, que não seriam condizentes com um processo clínico otimizado. Ainda assim, mesmo nos primeiros grupos focais, em muitos diálogos havia ambivalência frente a este papel clássico dos médicos. Diversas falas levam em conta os sentimentos envolvidos, como a importância de não ser “frio” na hora de comunicar a família que não se faria a carta do transplante, ou o sentimento de culpa relatado por muitos ao se colocar no lugar do médico em não autorizar o procedimento. Minha impressão é que, a despeito de um processo curricular que pouco enfatizava aspectos relacionais, havia multiplicidade de visões:

“[...] até que ponto eu posso me aproximar, mas até que ponto eu não posso me aproximar tanto pra não tar nessa situação? Nesse jogo sabe, de ‘será que eu vou ser o amigão agora e vou esquecer que ele não tá bebendo’; ou se eu vou, ‘não, vou ser rígido mesmo’, sabe, até que ponto eu consigo manter o contato mas não tanto pra não me afetar né” (EH, GF4)

No vídeo, o médico de família faz uma visita ao paciente candidato ao transplante e se senta na cama dele. Esta cena foi paradigmática. Ao enxergar este ato como um poderoso símbolo da quebra de barreiras entre médico e paciente, muitos transpareceram fascínio. De um lado, o estranhamento de uma relação tão próxima, tão “de amigo”. De outro lado, ser “amigo” possibilitou acessar outra dimensão da vida de um paciente tão complexo, sem perder de vista a especificidade do papel do médico:

“[...] que o médico de família com essa visita domiciliar, quebrou aquele clima de 15 minutos de consulta, deixou o paciente a vontade... entrou no íntimo dele, quebrou aquela relação médico paciente entre uma mesa, o médico para um lado, o paciente do outro lado e uma mesa no meio. Parecia que eles eram amigos só que com um pouco de profissionalidade.” (EH, GF2)

Cama e mesa aqui cumprem o papel de artefatos que circunscrevem o palco onde a relação médico-paciente toma forma e se desenvolve. E aqui abro caminho para outro tema que fez a ligação entre o modo reservado, distanciado, com que muitos chegam (embora a valoração dos vínculos afetivos fosse forte), para a primeira forma como os internos experimentaram a relação. A valoração da relação como dimensão de uma ética do cuidado emerge direto dos grupos focais e se corporifica nos primeiros diários de campo. Internas como Marília, Nina e Carolina ressaltam bastante como a conexão emocional com seus pacientes é significativa para a produção de relações cuidadoras/de cura:

“Ela [mãe] levava a filha a uma consulta para resolver o seu problema crônico de pediculose. Ela abriu o sorriso simplesmente porque eu disse ‘Precisamos ter carinho com nossos cabelos que são crespos [...]’ e continuei falando sobre como podia ajudar especificamente com o tipo de cabelo da menina. ‘Nossos cabelos’. Interroguei-me sobre quantas vezes ela poderia ter ouvido um médico ou médica se incluindo no tipo físico dela e de sua filha. Talvez fosse a primeira vez. Sorri de volta para ela.” (Nina, S1)

Nina a esta altura está maravilhada por ser negra e cuidar dos seus, como o relato tocante nos mostra. Para ela, a ética do cuidado é esculpida como um monumento à entrada de estudantes negros na universidade pelo regime de cotas. Este excerto não representa situações frequentes, mas é emblemático por dois motivos: pela atenção dada a Nina a uma família negra, cultivando afetos que ela enxerga como de uma nova realidade social e política, atravessado por uma identidade referida como “militante”¹⁶⁶. Mas o segundo motivo ficou nas entrelinhas das narrativas: os relatos das mulheres traduziam práticas de cuidado em que os afetos têm um papel preponderante. Contraponho as narrativas das mulheres à de Jean, tão investido nos aspectos relacionais da prática, e que ainda assim é mais “analítico, insinuando uma certa divisão de gênero nas formas de perceber, narrar e vivenciar os afetos no aprendizado da relação médico-paciente:

“Um dos meus maiores encantos pela atenção primária está na pluralidade das histórias e experiências de vida e, conseqüentemente, nos conjuntos de sinais e sintomas e nas experiências de adoecimento dos usuários. Em poucos dias, vi gestante, criança com infecção de via aérea, adulto com orelha inchada, suspeita de tuberculose, escabiose, hipertenso, diabético, joelho inchado. Ufa! A área requer cada vez mais médicos que tenham excelência em clínica médica e habilidades interpessoais.” (Jean, S1)

“[...] acompanhei o residente César nos seus atendimentos. [...] além de toda a parte objetiva da consulta, ele estabelece uma relação íntima com os pacientes, em um exercício de confiança mútua. Pensei, várias vezes: “é assim que quero tratar meus pacientes! ”. (Marília S1)

Curiosamente, clínica médica é vista como campo distinto, embora complementar, das habilidades interpessoais. Neste sentido, um aspecto que emergiu como peculiar do estágio foi o crescimento gradual da percepção da relação como ferramenta clínica, que transcende o mero valor moral humanístico. Irei desenvolver a temática da escuta terapêutica no próximo capítulo, mas gostaria de destacar como a temática balintiana do poder da contratransferência na evolução clínica dos casos surpreende os estudantes, como um capítulo imprevisto da medicina:

“Ficou feliz em ser ‘cuidada’ por nós, mesmo que naqueles breves 20 minutos. É visível como simplesmente o diálogo, mesmo que breve, é capaz de gerar enormes benefícios.” (Gustavo, S4)

“Primeiro o vínculo, deixar o paciente... digamos: flexível [...] aproxima um pouco mais. O fato de que alguém tá preocupando comigo, eu não to falando mal de você, mas to aí para te ajudar, isso cria um vínculo para ele aceitar... porque ele não tava tomando remédio, não queria. Para aceitar, considerando que ele tem que ajudar também a participar na cura da doença dele.” (EH, GF10)

Raul investiu muito na relação com uma mulher que julgava necessitar de internação, a recusa profissional em atender o desejo da paciente provocou certa irritação e mesmo alguma ansiedade com um possível desfecho negativo. Ao longo de muitas semanas, esmerou-se em explicar efeitos adversos das medicações, a doença da paciente. Sentiu-se recompensado:

“Segunda feira recebi o retorno da paciente que diagnostiquei IC [insuficiência cardíaca] há algumas semanas. Surpreendi-me positivamente quando ela me disse que havia mudado sua posição em relação ao uso de remédios, presenteando-me com uma adesão impecável ao tratamento” (Raul, S7)

Neste percurso de vincular com seus pacientes, o valor do cuidado e a eficácia clínica se somaram de forma a superar o famoso chiste: *estudar medicina é ótimo, o que atrapalha são os pacientes*. Neste sentido, a vivência clínica do estágio ajudou a recolocar a questão do vínculo de modo menos idílico e mais ancorado no mundo da vida. Abrindo-se para os pacientes, ganha-se nuances:

“A parte difícil de ser um médico de família, e como exige esse ajuste fino na relação com o paciente. [...] a gente tá mais acostumado com aquela senhorinha, aquele senhorzinho que vem na consulta e eles gostam da gente “ah você é tão novinho” (risos) trata tão bem, então assim, no geral a gente tem uma experiência de vínculo com o paciente muito boa Eu tive poucas experiências, mas eu tive algumas em que tinha paciente que eu olhava e falava: ‘nossa, eu não quero atender’. ” (EH, GF10)

“Eu tenho dificuldade de lidar com alguns determinados tipos de paciente, alguns determinados tipos de situação, mas eu acho que a partir do momento que você se propõe disposto ao cuidar de um paciente, você consegue achar um ponto em comum entre as suas, as suas particularidades e as particularidades dele, não sei, acho que essa é a grande mensagem da Medicina de Família pra mim.” (EM, GF8)

A maturidade destas narrativas tem um percurso. Os diários de campo foram como uma janela para os consultórios - ou para as casas visitadas. Permitindo-se refletir de forma cada vez menos condescendente, muitos internos puderam explicitar seus sentimentos e buscaram entender por que, em determinadas ocasiões, se sentiram livres para dizer “*eu não quero atender*”. Uma interna como Marília, que se arriscou frequentemente com pacientes tidas como difíceis, enfrenta esta ambivalência e por vezes sente que valeu a pena:

“Fiquei ansiosa quando vi que ela era a próxima paciente, pois tentei ao máximo criar um vínculo com ela no final da última consulta, para que ela passasse a confiar em nós e nos enxergar como pessoas que querem cuidar da sua saúde como um todo. E que surpresa boa ela me deu. Veio a consulta com outro humor, foi super receptiva às nossas condutas e no final agradeceu e se despediu com um sorriso no rosto.” (Marília, S4)

Nem sempre o investimento relacional pareceu valer a pena. Muitas vezes, o preço a pagar em termos de desgaste emocional era alto demais, e muitos estudantes referiram, nos grupos focais de saída, uma certa culpa por não se disporem tanto quanto certos pacientes demandam. A transferência passa a ser um fardo difícil de suportar sem um *ethos* sobre-humano:

“[...] eu acho que a gente tem que se adaptar, tentar entender o paciente, tentar ver qual é o jeito daquele paciente, como que eu posso chegar nesse paciente, isso é muito interessante, só que eu acho que as vezes a gente coloca o médico muito como um herói,” (EH, GF 7)

“[...] um paciente especificamente sugou todas as minhas energias porque era um paciente da clínica que chegava todo dia e falava que ia se matar. E aí ele falava e eu conversava com ele mais ou menos umas 3 horas e ficava lá conversando com ele: Mas vamos conversar, calma. E ele queria ir embora e eu ficava: caraca que eu faço? (EM, GF6)

Mesmo para internas que buscam ativamente vínculos como Nina, há situações de impasse, em que o cuidado não avança e, de certa maneira, os afetos se acinzentam e a relação fica modorrenta, em um ponto que

“Ela chegou e, dessa vez, estava menos animada que na interconsulta anterior quando veio de batom, unhas das mãos e dos pés pintadas e com a prosódia completamente mais solta. Parecia que estávamos apertando um botão de repetir encontros anteriores. Ela não estava completamente cinza,

mas seu humor tendia mais para cinza que pra branco. Conversamos longamente. Senti-me dando conselhos demais apesar de tentar colocar as coisas sempre como ponto de reflexão para ela. ” (S 17)

Embora o estágio tenha sido um campo de aprendizagem de relações de poder mais horizontais, o paternalismo ainda persevera. Mesmo assim, ele é modulado por uma visão mais centrada na pessoa.

“Tem paciente que tu não vai pegar na mão e falar ‘não, vem [...]’, [...] algumas vezes você tem que dar uma bronca, você tem que ser mais rígido, você tem que ser mais áspero [...]mas às vezes você também tá construindo e vai entendendo né” (EH, GF8)

Como veremos na seção 8, o sentimento de cansaço foi unânime. Nina, no que relatou ser o “ápice do cansaço”, estava insatisfeita com o andar do seu estágio. Ao visitar uma série de casos desafiadores, deu-se conta que:

“[...] essa sequência de encontros de casos ‘fora da linha’ nas VDs o principal motivo para que eu pensasse que as coisas não estão dando certo. Penso agora que talvez elas só não estejam dando certo na velocidade que eu esperava” (S13)

6.5 ‘A MFC TEM OUTRO TEMPO’

Nina é uma entusiasta da APS. Ela pôde identificar que suas apostas clínicas demandavam tempo para colher resultados e cunhou o subtítulo acima na semana 13. Nem todos conseguem pensar assim. A duração do estágio é criticada pelos alunos como exagerada. A importância da longitudinalidade na relação profissional/paciente, as mudanças das narrativas das experiências de adoecimento, os desfechos inesperados na adesão, os ganhos na coordenação do cuidado, o aprofundamento da relação, mesmo com consultas mais curtas, presentes nas narrativas podem ser interpretadas como uma resposta a estas críticas. Ainda assim, me espanta o imediatismo dos *millennials*. Pode ser a afobação da juventude. Ou mesmo as experiências quase exclusivas com os contatos pontuais priorizados pelo ensino hospitalar. Mas o fato é que, ao me dar conta da frequência do termo longitudinalidade nas narrativas dos internos, percebi como os alunos ficam fascinados com o que um deles certa vez chamou de a magia da APS: mesmo com consultas tidas como rápidas, os entendimentos e desentendimentos entre médicos (ou internos) e pacientes tornam-se mais profundos. Esta “amizade com profissionalismo” cresce no terreno da longitudinalidade.

Tempo de consulta reduzido e pressão assistencial caminham lado a lado. Como veremos na seção 8, este é um dos fatores de maior impacto no sofrimento e na insatisfação dos internos com a dinâmica do estágio. Muitos internos queriam respostas imediatas para os problemas dos pacientes. No afã de diagnosticar e resolver rapidamente problemas complexos, como nos vídeos do grupo focal de entrada, não encontrei narrativas que se referissem ao tempo como ferramenta clínica. Nestas, algumas preocupações com diagnósticos precipitados e apenas uma a longitudinalidade. Ao longo do estágio, a possibilidade de rever os pacientes foi tida como uma grande aliada:

“[...] engraçado que, como eu havia feito revisão de prontuário na última consulta, e me interessado bastante pela história médica da paciente, eu lembrava de todas as doses, horários de administração e queixas da última consulta. E, sendo assim, consegui fazer uma consulta que englobou todas suas queixas do momento, revisei e atualizei quanto às queixas passadas, e a mediquei naquela situação que se apresentava. Acredito ter feito uma consulta completa, eficiente e direcionada e que não deve ter durado nem 15min.”(Lucas, S8)

Não li em muitos diários conclusões como a de Lucas sobre as vantagens do seguimento longitudinal no tempo de consulta. No entanto, em todos os grupos focais de saída, diante do impasse com a família que se recusava a ser atendida pela equipe, os estudantes resgataram o aprendizado da longitudinalidade para a tomada de uma decisão tida como complexa:

“[...] eu pude mudar o meu jeito que era muito imediatista de querer resolver as coisas, sempre fiquei em emergência então para mim era aquela coisa de resolver rápido e acabou o problema. Eu aprendi a ir passo a passo, vindo de fora até dentro do paciente para conseguir resolver da melhor forma possível, [...] sem agredir. ” (EM,GF6)

Esta aluna, que identifica decisões categóricas e imediatistas como “agressão”, nos apresenta um excerto bastante significativo de como ocorre o aprendizado de elementos da Medicina Centrada na Pessoa com uma prática clínica mais horizontal, de compartilhamento de poder com os usuários. Contexto, experiência e relação são as chaves analíticas que nos trouxeram até aqui. Para finalizar o capítulo, o aprendizado do tempo nos abre novas dimensões no aprendizado.

As narrativas dos internos apontaram que era preciso viver para crer. A incredulidade diante de decisões mais compartilhadas e respeitadoras do tempo das pessoas estava presente no complexo de preconceitos com a APS. A visão implícita é que casos graves dependem de medidas imperativas e urgentes, nos moldes do que foi exposto no vídeo do grupo focal de saída. Como no vídeo, condutas descontextualizadas continham grande potencial de fracasso.

“[...] enquanto você não vê com seus próprios olhos que você tomar uma decisão mais amena e mais demorada e aquilo dá certo, você fica meio descrente mesmo, eu acho que a rodada ajudou nisso” (EM, GF6)

Alguns alunos puderam discernir um problema comum do SUS: o impacto da baixa fixação dos profissionais na longitudinalidade. No caso específico, embora sejam unidades de ensino, os residentes, ao serem responsáveis pela assistência, cria-se um problema a cada saída:

“Dei algumas sugestões lá na clínica, uma delas foi quanto a quebra da continuidade do cuidado de certos pacientes devido a rotatividade de profissionais que tem na clínica e isso irrita muitos pacientes” (EM, GF7)

Do foco no diagnóstico, tão significativo no começo, a preocupação com o cuidado, este excerto nos mostra a visão prevalente nos diários de campo, em que situações de impasse clínico foram desfeitas com a combinação de contexto, experiência, relação - e tempo:

“[...] durante a consulta, médico e paciente fizeram um acordo, uma última tentativa, seria dado um prazo de 2 a 3 semanas com uma terapêutica baseada apenas em dieta e hipoglicemiantes orais, e se ao final desse período a hemoglobina glicada tivesse normalizado ou diminuído significativamente ela poderia seguir o tratamento sem insulina, caso contrário, eles iniciariam o esquema de insulinoterapia com o apoio da paciente. Como previsto, os alvos não foram alcançados no exame, e a paciente percebeu que não tinha mais alternativa, iniciando o tratamento sem oposição.” (Carolina, S8)

Não que o aprimoramento da função diagnosticadora do médico fosse deixado de lado. Em situações muito comuns e significativas na APS, os internos relataram um certo alívio em dispor do tempo para aprimorar os diagnósticos: problemas indiferenciados, quadros clínicos agudos em fase inicial e de sofrimento mental foram situações em que a longitudinalidade foi utilizada como ferramenta clínica.

Uma última nota sobre o tempo. Se nos lembrarmos do caso de William e sua paciente complexa-multimórbida, iremos perceber como ele busca, ao longo das semanas, construir um fio condutor para o cuidado de uma mulher que bate em diversos pontos da rede e volta para a APS. Um dos grandes dilemas do aprendizado da MFC é como manejar tantas demandas - muitas vezes, com tantos profissionais e tantos serviços de saúde - com tão pouca disponibilidade de tempo. Alguns, como Raul e sua paciente cardíaca grave que recusava internação, tiveram lições de tempo ao não intervir. William, como vimos, presenciou o inverso: sua pronta intervenção foi iatrogênica. Talvez tenha sido Jean que sintetizou como o

uso da ferramenta tempo pôde permitir fusão do aprendizado dos componentes da MFC com os atributos da APS:

“Por fim, a resolatividade e a satisfação foram observadas no caso de Valentina, a mulher de 52 anos que inicialmente ‘batia de frente’ com a equipe e que citei no diário da semana 4. Além de suas múltiplas demandas (leiomioma, cisto ovariano, colelitíase, dor no ombro...), havia uma grande preocupação com seu pai, que apresenta doença de Alzheimer e é acompanhado no Hospital Militar. Valentina gostaria que, além de dar atenção a todas as demandas dela, refizéssemos a receita [...]. O problema é que seu pai é morador do Engenho Novo e, portanto, não é coberto pela nossa clínica. Minha postura inicial seria de certamente refazer a receita, afinal ‘não me custaria nada’. Após discutir com o preceptor, porém, percebi que atender a esse pedido até seria bom para o estreitamento do vínculo com a usuária, porém seria retirar a oportunidade de cadastro e acompanhamento de seu pai e sua mãe pela clínica de referência de onde moram. A ideia alternativa foi a de pesquisar os dados da clínica do Engenho Novo e fazer uma ligação para articular uma Visita Domiciliar pela equipe de lá. Fiz a ligação na mesma semana 4. Essa semana, Valentina estava satisfeita com o anti-inflamatório utilizado para sua dor no ombro, com a ultrassonografia solicitada para avaliar seu útero e sua vesícula biliar, além da VD que já foi realizada na casa de seu pai. Resolução de múltiplas demandas? Tá tendo!” (Jean, S5)

Na semana anterior, esta usuária havia “feito um barraco” na sala de espera, agredido verbalmente a residente da equipe e prestado queixa na administração. Jean buscou escutá-la e compartilhar as decisões da consulta com ela, embora tenha ficado tenso e tenha gastado muito tempo na consulta. Consultas com muitas demandas eram pesadelos para os internos, que, tentados a dar uma resposta para todas elas, muitas vezes se complicam. Jean percebeu que a escuta era importante e foi orientado a ver a usuária semanalmente. Pode-se ver que, na construção de sentido para o caso, aprendeu não apenas longitudinalidade como também que coordenação do cuidado familiar, trabalho em rede, responsabilização, fortalecimento da relação, decisão compartilhada e outros tantos conceitos vivos no cuidado com Valentina.

6.6 CONSIDERAÇÃO FINAL DA SEÇÃO

Ainda assim, Jean desistiu de ser médico de família ao longo do estágio. Ao contrário de Nina, que perseverou na vontade de seguir esta carreira, ele se sente espremido pela demanda assistencial e pelos “atendimentos de dez minutos”. O tempo ainda falou contra para Jean. Como para os outros. Nem todos tiveram tempo ou fôlego para registrar grandes reflexões ao final do estágio. Talvez o “tempo da MFC” tenha sido mais que um aprendizado de uma especialidade clínica, um aprendizado outro da medicina. Juliana, Marília e Leila concluíram explicitamente que os pacientes foram participantes centrais em seu processo de aprendizado:

“Cada um dos pacientes que atendi trouxeram consigo uma história que os levaram até ali, e em cada história havia um aprendizado que guardei em minha memória muito mais do que as tantas aulas que tive na faculdade. Na Medicina de Família e Comunidade fica difícil se distanciar do envolvimento emocional, do vínculo e da verdadeira essência do cuidado. Naquele ambiente eu podia me sentir exatamente onde queria estar, e ser exatamente a médica que queria ser. Lá os abraços não eram julgados, as risadas com os pacientes eram muitas vezes oportunas e as lágrimas muitas vezes inevitáveis. E estava tudo bem em ser assim, porque afinal, somos humanos muito antes de sermos médicos. ” (Juliana, RF)

Nas entrelinhas de aprendizados significativos, como os temas que sustentaram este capítulo, há elementos como currículo oculto¹⁶⁸ o aprendizado teórico da clínica é feito no hospital, ou pior, nos cursos preparatórios para a prova de residência. Todo o esforço de investir em um processo de aprendizado contextual e centrado nas pessoas tem um contraponto na padronização do conhecimento. Tenho poucas dúvidas de que isso representa uma enorme contradição, e penso que muitas vezes é a aula do Medcurso e não o paciente fulano que fica. Ainda assim, creio que as narrativas tenham expressado um modo diferente de aprender a medicina. Ou, como nos dirá William, é uma forma de aprender medicina que sempre almejou, e teve a sorte de encontrar professores com os mesmos valores ao longo de sua graduação.

7 VENCER A FRUSTRAÇÃO AO ENTRAR DE CABEÇA: O APRENDIZADO DA SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE

“[...] médico tem horror a paciente psiquiátrico, nunca vi” (EH, GF4)

O movimento de integração entre o internato de MFC e Saúde Mental foi fruto de negociações que duraram alguns meses e que exigiram preparação dos campos (Clínicas da Família, e posteriormente CAPS), da inserção dos docentes nas clínicas - a orientação é que os psiquiatras assumam o papel de matriciadores dos casos dos internos ou mesmo do restante da clínica. Esta movimentação, no entanto, havia provocado expectativas modestas entre os estudantes. Jean, atraído pela Psiquiatria como possibilidade de carreira, mostra-se preocupado com a “*inexistência*” da saúde mental no estágio relatada pelos colegas que rodaram antes. Juliana e Carolina estavam reticentes quanto à pertinência da integração saúde mental e MFC. Com a incorporação dos alunos nos cenários de prática (principalmente nas clínicas), existem relatos frequentes que parecem corroborar a crítica:

“Atendi essa semana meu primeiro caso psiquiátrico. Paciente chegou para mim com uma história de problemas familiares e sociais, culminando em algumas internações por ‘surtos’. Como ela falava normalmente comigo, sem nenhum dos sinais mais chamativos de nenhuma doença psiquiátrica conhecida, questionei o diagnóstico de ‘transtorno bipolar’ que ela havia recebido. Contudo, por falta de conhecimento/capacidade de manejo, não me atrevi a retirar nenhuma das suas medicações antes de passar por um especialista.” (Raul, S10)

Raul fala por ele e por muitos internos. Seja pela tendência a separar o sofrimento “puramente mental” (antecedente de transtornos, surtos) do sofrimento “puramente físico”, muitas vezes tratado como “doença orgânica”; seja por entender o sofrimento descrito como psiquiátrico - isto é, legitimado pelo saber hegemônico da Faculdade de Medicina - aquele classificado pela gramática dos transtornos, intrigou-me um interno plenamente inserido no cotidiano de um serviço de APS relatar um caso de sofrimento mental apenas no terceiro mês de estágio.

Ao rever o diário de campo de Raul, observei que na 2ª semana se surpreendeu com pacientes com múltiplas queixas, “algumas menos objetivas que outras”; na 4ª e na 6ª semana atendeu uma mulher com dor abdominal inespecífica, “sem sintomas clássicos” de nenhuma patologia conhecida por ele; Na 8ª semana, ele consultou outra paciente com “queixas vagas” que pareciam “funcionais/somatizações”. Embora estejam expostos a enorme carga de

sofrimento mental comum, não é evidente, para alguns, classificá-los no capítulo “Psiquiatria” dos compêndios de Medicina.

Neste capítulo, vou tratar da experiência dos internos com o sofrimento mental em cenários comunitários, especialmente na APS. Isto porque nem todos estudantes participaram de estágio em CAPS ou no consultório na rua, por ser voluntário. Isso carrega um viés positivo sobre a motivação dos estudantes que vivenciaram duas semanas naqueles serviços de Saúde Mental de base comunitária. No entanto, todos os estudantes vivenciaram experiência com profissionais de saúde mental, sejam psiquiatras matriciadores (da rede ou da UFRJ), sejam psicólogos matriciadores, sejam equipes de NASF. Desta maneira, em algum momento todos os internos precisaram se fazer as perguntas “o que é um caso de saúde mental?” e “como devo manejá-lo?”.

A experiência de Raul sobre o que é um caso psiquiátrico é um analisador potente da vivência de alunos no componente “Saúde Mental” do internato e sintetiza quatro dos cinco temas contidos no eixo Saúde Mental na APS: a) Saúde Mental e Psiquiatria (como os alunos entendem casos de sofrimento mental que sejam legitimamente “psiquiátricos”); b) Sofrimento mental na APS (como a prática na APS demanda questões para além do diagnóstico (como escuta, longitudinalidade); c) Sofrendo de corpo e alma (como o mal estar com o corpo, relatado aqui como “queixas vagas”, se apresenta como sofrimento mental na APS); d) Tecnologias Psicossociais (como os estudantes perceberam intervenções fora do escopo biomédico da psiquiatria, em especial as intervenções psicossociais, em sua prática clínica); e) Loucura e estigma, tema não abordado por Raul, que trata das experiências dos estudantes com o atendimento a pessoas com sintomas mentais graves, tradicionalmente taxados como loucos ou drogados.

7.1 PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL EM CENÁRIOS COMUNITÁRIOS

Como vimos até aqui, as cisões cartesianas - ou anomalias paradigmáticas²³ - que atravessam as visões hegemônicas de medicina, têm grande repercussão no discurso dos alunos: medicina/sociedade; corpo/mente, orgânico/psíquico constroem o imaginário do processo saúde-adoecimento dos estudantes. Penso que a principal via pela qual os estudantes percebem o quanto a Psiquiatria valoriza os aspectos biomédicos do cuidado é o diagnóstico. Esta constatação vem, por um lado, por falas de abertura no grupo focal de entrada, que

explicitam a importância dada pelos estudantes ao diagnóstico como primeira evocação, como aparece no caso frente ao motoboy Felipe:

“[...] eu fiquei tentando fazer um diagnóstico, o que será que ele tem? É esquizofrenia? E ainda tinha o áudio desconexo com a imagem, então eu fiquei só presa aqui no meu mundinho tentando diagnosticar ele.” (EM, GF E1)

No entanto, desde o início menções experiência do adoecimento do motoboy Felipe emergem das falas; algumas corroboram a visão biomédica frente à falta de lógica do discurso dele, remontando ao esvaziamento subjetivo do louco e de sua experiência de adoecimento; outras, atribuem à experiência vivida um elemento fundamental para o cuidado:

“[...] é uma explicação totalmente ilógica e pra ele faz completo sentido, ele em hora nenhuma ele pensa assim, que aquilo não é real” (EM, GF E3)

“[...] tinha só falado do atendimento dele e da doença dele, né, que é muito diferente do que talvez a gente tenha da doença dele, mas é o que ele tá sentindo e isso também é muito importante você levar em consideração.” (EH, GF5)

“[...] ele não precisa de um diagnóstico psiquiátrico pra ser assistido de alguma forma. [...] Então tem várias formas de abordar ele, diferentes, convocando os familiares, amigos etc, que podem ajudar ele tanto nesse contexto social, quanto no contexto do trabalho. Então antes dele receber um diagnóstico definitivo, psiquiátrico e ter que ter algum tratamento médico específico, eu acho que tem outras medidas que a gente pode tomar que vão contribuir pra melhorar esse sofrimento, essa situação.” (EH, GF2)

Como visto, a grade curricular da UFRJ não prevê, até o início do internato, campos de prática onde a autonomia supervisionada em saúde mental é exercitada. Penso que as diferentes visões extraídas dos grupos focais têm como origem, de um lado, no saber psiquiátrico/biomédico trabalhado na disciplina do 9º semestre, que enfoca aspectos do diagnóstico descritivo. Embora esta perspectiva tenha bastante adesão dos estudantes, que percebi pela forma categórica dos primeiros depoimentos no grupo focal, alguns estudantes relatam certo estranhamento com ela:

“EH1: a psiquiatria ela tá caminhando ao passo que ela tá procurando doença nas pessoas. [...] ela as vezes não tá, mas a pessoa chegando com a demanda; é ela que tá enquadrando todo mundo em algum quadro de alguma coisa.

E.H2: Tá botando todo mundo no CID10.

E.H1: É, no DSM.” (GF4)

Embora houvesse grande prevalência da identidade diagnosticadora e sintomatologista dos estudantes⁹, fatores psicossociais e contextuais foram elencados em algumas narrativas, o que me surpreendeu:

“[...] até que ponto ele precisa de uma ajuda médica, ou o que tá mais faltando pra ele é essa questão social, entendeu? [...] será que você resolvendo a questão social, dando uma ajuda nesse sentido já não melhoraria muito?” (EM, GF2)

Na grade curricular do curso, há disciplinas na APS no 3º semestre (Atenção Integral à Saúde) e Psicologia Médica (6º semestre), que abordam de forma explícita estas questões. Com o predomínio hospitalar na formação, o pequeno contato com pacientes e a grande carga teórica que separam aquelas disciplinas do começo do internato me fizeram supor que o demônio da erosão da empatia¹⁶⁹ já os tivesse possuído. No entanto, minha hipótese de que a psiquiatria biomédica hegemonizaria a visão dos estudantes se confirmou apenas em parte. Não fui capaz de identificar quais razões estão nas origens destes olhares que valorizam aspectos contextuais do sofrimento mental. Há o reconhecimento em parte das narrativas da existência de diferentes abordagens ao sofrimento mental, como a das correntes multidisciplinares que advogam a reforma das práticas biomédicas, com ênfase em dispositivos alternativos:

“- EM: essa é uma discussão que a gente tinha muito durante o curso de psiquiatria né? Que a tendência atual de encarar a psiquiatria cada vez mais com uma especialidade, um fundamento completamente biomédico, e esquecer completamente o viés mais, esse viés mais social, a influência da sociedade sobre o desenvolvimento ou não de um transtorno”

- E.H1.: Antigamente o ambiente era mais pesquisado, hoje em dia tá indo pro lado maisbiológico da coisa.

- E.H2.: Isso, é uma tendência da especialidade.

- E.M.: Tem sempre que achar uma molécula” (GF4)

Além de perceber os limites da psiquiatria biomédica, houve um grupo de estudantes que reportou mais que tensão paradigmática. Na disciplina do 9º semestre, houve uma espécie de censura às vertentes não-biomédicas da saúde mental. Em suas palavras, estas disputas no campo acadêmico podem ser prejudiciais ao cuidado, demandando uma resposta mais abrangente:

“- E.M.: Eles [os professores] odiavam que a gente falava que a gente tinha assistido o filme da Nise da Silveira!

- E.M.: Era isso que eu ia falar, porque assim, a gente tem uma tendência forte da galera da enfermagem, outras áreas da saúde vindo de uma reforma psiquiátrica, aí, a galera tentando trabalhar outras coisas e a galera e ainda vejo a medicina, pelo dentro da UFRJ muito resistente a isso. (GF E4)

“- EM: eu sinceramente não entendo porque uma coisa precisa excluir a outra, porque uma coisa do biomédico tem que necessariamente excluir todas essas outras formas de...

- E.M.: Mas é difícil, parece que ninguém encontra o meio termo” (GF5)

Ao longo do estágio, competências mais abrangentes foram sendo desenvolvidas, e a tensão no campo abrandou-se, ainda que não tenha elementos para resgatá-la ou dimensioná-la, pois poucos estudantes a retomam nestes termos. Poderemos ver ao longo deste capítulo que a valorização do diagnóstico descritivo, da tensão entre experiência e transtorno, das dificuldades com dispositivos psicossociais de cuidado se mantém, embora sejam de natureza distinta da entrada. Esta mudança de qualidade pôde ser apreendida quando, ao final do estágio, os estudantes são provocados a comentar sobre o atendimento a uma família com grande carga de sofrimento social e psíquico. Uma diferença que salta aos olhos foi o caráter *situado* das colocações dos internos. As sugestões do vídeo frequentemente remetem a casos vividos no estágio. Os princípios da Medicina Centrada na Pessoa, como incorporação da experiência do adoecimento, da visão holística da pessoa, do compartilhamento de decisões, da competência cultural estruturam as visões dos internos frente ao sofrimento mental, em certa medida se contrapondo ao reducionismo biomédico:

“[...] como que a gente vai conversar com essa pessoa? O que essa pessoa quer? [...] Acho que a gente aprender a trabalhar o que a pessoa, percebe, o que ela entende das coisas, sem a gente já partir para a medicação” (EM, GF6)

“Tava pensando também no compartilhamento do cuidado, no compartilhamento do plano terapêutico entre os usuários, né, que tem a questão do ‘O que você acha melhor fazer?’; ‘Qual medicamento utilizar?’ , tem um paciente que tava ‘são’ o suficiente pra responder, pra poder, por ele mesmo, pra você tentar compartilhar o cuidado e a partir daí você cria uma maior adesão né, o paciente meio que se corresponsabiliza pelo próprio cuidado (EM, GF8)

“Por mais que a gente ache que aquela casa é um bando de maluco só porque são diferentes do padrão habitual do que a gente diz ser normal, assim, é exatamente a mesma coisa. [...] são só culturas diferentes, então com certeza o médico foi muito invasivo” (EM, GF6)

A trajetória que os levou a chegar a estas reflexões está dentro desta tensão paradigmática, que os estudantes vão viver durante as 22 semanas.

7.2 SOFRIMENTO MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A decisão de integrar Saúde Mental e MFC no internato levou em conta o fato de que o sofrimento mental, por ser condição altamente prevalente na população geral, está presente

com carga elevada na APS. A prevalência de transtornos mentais comuns no mundo é de cerca de 8%, chegando a 11% nas Américas e 14% no Brasil¹⁷⁰, e a carga de doenças mentais virtualmente empatam com as doenças cardiovasculares como principal causa de incapacidade no mundo¹⁷¹. Os dilemas para o desenvolvimento de abordagens clínicas para o sofrimento mental situado no território envolvem, entre outros, problemas de classificação/categorização^{172,173}. Wenceslau enumera três abordagens presentes na literatura para compreender a experiência de usuários com depressão:

[...] diversas semelhanças entre os argumentos que criticam ou defendem o uso da categoria diagnóstica ‘transtorno depressivo maior’ em três campos afins: a Saúde Mental Global, a psiquiatria transcultural e atenção primária à saúde. Nesses debates, são expostas as dificuldades que persistem, mesmo em recentes publicações, em delimitar uma fronteira entre o sofrimento disfórico humano cotidiano e uma enfermidade mental e sua pluralidade de manifestações em populações ocidentais ou não. ¹⁷⁴ (p.246) (referência 238)

De acordo com Poli Neto, há duas formas comuns de apresentação do sofrimento mental na APS:

1. sofrimentos narrados (ou demonstrados de um modo mais corporal) que buscavam uma explicação médica, uma síntese por meio de um diagnóstico e uma resolução específica; 2. Narrativas de sofrimento relacionadas a situações de conflito geralmente bem demarcadas que precisavam ser narradas, sem haver necessariamente aqui a sombra do diagnóstico médico. (p.89)¹⁷⁵

A pluralidade de classificações para o sofrimento mental ainda ganha o recurso do CIAP2, cujas categorias tendem a descrever sintomas e grandes síndromes (Perturbação Depressiva ou Psicose) ou mesmo aflições existenciais (Medo de Morrer). Em síntese, a psicopatologia descritiva, que fundamenta as principais classificações diagnósticas, entra em conflito com o cenário encontrado na APS¹⁷³. Para Goldberg, CID 11 e DSM 5 estipulam divisões arbitrárias entre as fronteiras borradas das várias formas de sofrimento comuns na APS e não dialogam com as necessidades dos MFCs:

É improvável que os médicos gerais queiram ver quantos transtornos mentais supostamente "separados" estão presentes, e estão mais preocupados em detectar transtornos mentais comuns que de fato são comórbidos com doenças físicas crônicas, assim como lidar com múltiplos sintomas somáticos que preocupam o paciente, e são frequentemente acompanhados por sintomas ansiosos e depressivos que causam incapacidade substancial associada¹⁷³ (p.108, tradução nossa)

Como vimos, a principal referência dos internos em saúde mental é a disciplina Psiquiatria e Saúde Mental no 9º semestre, cujo cenário de (escassas) práticas é um hospital psiquiátrico. As aulas teóricas são focadas no conhecimento detalhado das classificações diagnósticas clássicas da psiquiatria. Lembremos, ainda, da grande preocupação com o diagnóstico do paciente do vídeo, combinada com certo menosprezo das explicações do usuário do vídeo frente seus sintomas.

- E.H.: *É porque a gente funciona nessa forma né, a gente quer encaixar numa doença, quando a gente não consegue encaixar a doença pode ver que a gente...*
- E.H.: *Vamo encaixar no CID10, vamos encaixar no CID10 [...] (GF E5)*

Este espanto frente a possibilidade de sofrimentos mentais não contemplados pela *nomina medica* vigente enuncia a tensão que vai acompanhar os estudantes: De um lado, a necessidade - e o desejo - de utilizar as ferramentas aprendidas no curso para classificar os espécimes mentais das doenças, vistas como “doenças psiquiátricas”. Por outro lado, os internos estiveram imersos em um cenário que possibilitou singularizar as narrativas de sofrimento - ainda que não explicitamente percebido como sofrimento mental - e transformar sua perspectiva terapêutica:

“Pude perceber que a patologia em si não é tão importante para a terapêutica no CAPS, a discussão diagnóstica não é o foco dos atendimentos. Foca-se na terapia, no tratamento sintomático, na funcionalidade do paciente, na sua inserção no meio social, na promoção do autocuidado, enfim, ensinar ao paciente e ajudá-lo a lidar com sua doença. Por mais que eu concorde com tudo isto e tenha visto ao longo da semana que essa abordagem é muito resolutive, não posso deixar de pontuar minha frustração inicial: eu queria realizar diagnósticos, não queria apenas tratar sintomas, queria aplicar os conhecimentos de um período inteiro de psiquiatria. Felizmente a frustração foi vencida ao “entrar de cabeça na rotina” e tentar enxergar o que estava acontecendo de acordo com as ideias que levaram ao surgimento dos CAPS” (William, S2)

William teve o privilégio de fazer estas reflexões no início do estágio, e em um serviço organizado de forma explícita para subverter práticas obsoletas em saúde mental. Ainda assim, mesmo sem iniciar a rodada no CAPS, o contato dos internos com a alta carga de sofrimento mental na APS é precoce. Diários de primeira semana atestam este fato: Juliana relata surpresa com a diversidade e com a “prevalência de transtornos psiquiátricos”: acompanhou atendimentos de pessoas com Transtorno Afetivo Bipolar e Esquizofrenia. Raul, como vimos, não encontrou diagnósticos, mas atendeu pessoas com problemas de saúde mental.

Como visto na seção 5, a imersão em uma realidade social diversa produz emoções e posturas distintas sobre a abordagem do sofrimento social para aquele contexto específico. Este fato é uma mostra das dificuldades em padronizar o uso de entidades nosológicas para sofrimento com limites tão borrados em contextos socioculturais tão distintos¹⁷⁶. Ainda assim, o fascínio dos estudantes com o diagnóstico, perceptível nos relatos do capítulo anterior, não será diferente aqui. No entanto, a particularidade da APS – alta prevalência de sintomas leves e/ou autolimitados e a necessidade de uma abordagem estratégica e sindrômica – modula esta busca:

“Nesse momento, um pequeno alerta vermelho acendeu: como alguém abandona suas queixas num período tão curto, com o uso de um antidepressivo tricíclico? Duas hipóteses vieram à minha mente: ou eu induzi uma virada maníaca na usuária, ou ela não precisava da medicação que prescrevi. Tentei investigar sintomas de mania/hipomania, mas não havia nada evidente. Fiquei então mais tranquilo, a segunda hipótese é bem mais benigna.” (Jean, S17)

“Com base em minhas perguntas, fui descobrindo uma série de coisas que talvez fossem gatilhos para toda aquela agressividade. Em um primeiro momento, pensei que ele pudesse estar apresentando algum Transtorno de Conduta ou Transtorno Opositor Desafiador, mas ao ouvir suas queixas percebi que talvez sua agressividade fosse motivada por episódios de bullying que sofria tanto na escola quanto em casa. [...]” (Juliana, S17)

Jean, candidato a futuro psiquiatra, escreveu reflexões muito elaboradas sobre seus pacientes com problemas psiquiátricos. Sua honestidade na redação do diário de campo com frequência explicitava a tensão que vivia entre o conhecimento do campo psiquiátrico hegemônico e seus saberes estruturados com a realidade da APS, como neste caso, em se chocam a busca obstinada por um rótulo diagnóstico e a necessidade da paciente:

“Cheguei a investigar depressão com um questionário consolidado (PHQ-9), mas depois percebi que a usuária estava demandando muito mais a escuta do que qualquer tipo de intervenção medicamentosa. A resposta que obtive dessa relação foram frases como ‘o que você tem feito por mim é algo que ninguém jamais fez, que só um médico bom faria, pois não é sua obrigação’ [...] e ‘naquele momento em que eu chorei, eu estava precisando desabafar, eu estava com um bolo na garganta que só saiu após eu falar sobre o problema, e eu não tinha a quem recorrer’” (Jean, S5)

Os relatos de Jean atentam para uma experiência muito ressaltada nos diários de campo: pessoas com sofrimento difícil de ser classificado pelos códigos conhecidos (CID e DSM), mas que, diante da postura de escuta e cultivo da relação por parte dos alunos, sentiram eficácia clínica. Embora alguns não tenham escondido o desconforto por meramente escutar e cuidar, há quem tenha percebido um ganho de competências para a escuta:

“Antes, na faculdade, no hospital, chegava um paciente e começava a chorar. Eu já ficava totalmente desconfortável: Meu Deus o que eu faço? Vou encaminhar para a psiquiatria [risos] aí agora eu aprendi que eu posso perguntar para ele porque está chorando, o que tá acontecendo, o que ele tá sentindo. Antes eu não tinha essa autoridade” (EM, GF6)

Navegar por estas águas desconhecidas não assustou Juliana. Ela entende seu papel de apoiar pessoas que buscam o serviço por sofrimento mental. Frente a uma mulher que “desaba” no consultório após enumerar sua crua rotina, permanece no campo descritivo, sem arriscar um rótulo. E, numa cena que se repete em outros diários de campo, redige o script: narrativa de sofrimento, com frequência sem critérios diagnósticos para transtornos; angústia do interno, sem saber o que fazer; escuta empática, com algumas técnicas aprendidas no matriciamento e na supervisão com o professor psiquiatra; surpresa com a reação do paciente:

“M. sai de casa todos os dias às 6 horas da manhã para deixar sua filha mais nova na creche e logo em seguida vai pra seu primeiro emprego. Chega em casa todos os dias às 11 da noite, para então poder arrumar a casa, cozinhar, dar banho em sua filha, em seu tio e preparar as refeições para o dia seguinte. Vai dormir todos os dias lá pelas 3, 4 horas da madrugada, depois de terminar todos os seus afazeres domésticos. Depois de ouvir toda sua história lhe disse: ‘Esse é um peso maior do que você pode carregar, não é?’. Assim que lhe disse essas palavras, ela desatou a chorar. [...] Ela então começou a nos dizer que precisava se cuidar mais, porque havia engordado muito. Estava aborrecida com a sua estética, pois apresentava acantose nigricans na nuca, nas axilas e nas virilhas, que havia surgido após o ganho excessivo de peso. Fiquei de certa forma de mãos atadas, sem saber o que poderia fazer por ela. Não adiantava orientá-la para que fizesse atividade física pois não havia tempo para ela. Aliás, nunca havia tempo para ela. Todo o tempo da sua vida era dedicado às suas filhas e a seu tio. Há muitos e muitos anos não se interessava por alguém, nem sequer teve tempo de pensar em ser amada, em se amar. [...] Disse-lhe que gostaria que ela reservasse pelo menos 30 minutos do seu dia para pensar nela mesma, nas coisas que gostava, nas coisas que a faziam feliz, naquilo que poderia fazer por ela para se sentir melhor consigo mesma. Ela então me deu aquele sorriso de volta, em meio a algumas lágrimas. E me falou: ‘tá bom, vou fazer isso!’. Percebi que de alguma forma ela havia ficado feliz, satisfeita por alguém lhe dar o aval de pensar em si mesmo por pelo menos 30 minutos diários.” (Juliana, S 11)

É bem provável que a temática balintiana do poder da contratransferência (“médico como medicamento”) estivesse presente no entendimento dos estudantes pela abordagem explícita dos formadores: em 3 dos 4 campos, há preceptores que trabalham grupos Balint³ e os estudantes são convidados a tomar parte deles. Em todos, a discussão em torno da medicina centrada na pessoa e no papel da relação médico paciente explicitam a temática escuta e vínculo terapêuticos. Resgato esta perspectiva para ressaltar como a disjunção diagnóstico-terapêutica se choca com a expectativa dos estudantes, acostumados com o rito

³ Trata-se de metodologia desenvolvida por Michael Balint em seus seminários com os GPs londrinos na clínica Tavistock. É pela “discussão dos casos atendidos pelas equipes durante um grupo Balint permite a circulação de emoções, dúvidas, questionamentos, decisões, responsabilidades e tantas outras possibilidades, o que ajuda o grupo a reconhecer-se como uma equipe e assumir de forma democrática seu trabalho, desenvolvendo uma verdadeira gestão compartilhada.”¹⁷⁷ (p.668).

clínico formal anamnese-exame físico-diagnóstico-tratamento. O estranhamento dos internos talvez se explique pela perspectiva autoritária da relação médico paciente, que se torna abalada quando o diagnóstico não é tão tangível:

[...] em casos de doença leve que os pacientes experimentaram com frequência no passado, a autoridade médica é comprometida por um processo de barganha tácita, em que a percepção de que os pacientes podem ficar insatisfeitos com seus cuidados médicos pode superar o exercício do julgamento clínico¹⁷⁸. (p.99, tradução nossa).

Ao relatar a importância da escuta terapêutica e vínculo como ferramenta fundamental da prática médica, ainda que aprendida de forma algo recalcitrante e incrédula, muitos estudantes tiveram dificuldades de entendê-los como pertencentes ao campo da saúde mental/psiquiatria. São conscientes disto e sabem que o curso não prepara para a aquisição destas habilidades:

“EH: o papel do médico também é esse, conversar, perguntar se quer ajuda psicológica enfim, e mostrar pro paciente [...] que faz parte da vida também, que ele tem meios pra superar, e se ele não tiver um substrato pra superar que ele encaminhe pra uma ajuda psicológica, psiquiátrica.

EM: Mas não é algo que a gente está treinado a lidar.” (GF1)

Como ressaltou William (página 120) o foco é na funcionalidade e no bem-estar. É instigante pensar quais seriam os outros objetivos terapêuticos. Em suma, quais os pontos cegos do estágio na abordagem de cuidados em saúde mental? Não pude encontrar maiores referências a cronificação de sintomas, recaída ou significativos efeitos adversos de medicação, ou mesmo a preocupação aventada com a baixa detecção e manejo inadequado dos transtornos mentais comuns na APS¹⁷⁹. A infrequente referência nos relatos a ferramentas de manejo de uso problemático de substâncias, como entrevista motivacional ou redução de danos, também me chamou atenção.

Na medida em que se propõe à APS ganhar resolutividade no cuidado aos quadros prevalentes de sofrimento mental, em especial ao se abrir à escuta do sofrimento, a falta de retaguarda dos serviços de referência fala alto como ponto fraco da rede. Muitas clínicas não dispõem de NASFs (como exemplo, 3 das 4 clínicas de onde recolhi os diários), e em alguns casos não tem CAPS de referência. Os estudantes percebem como este cenário é limitante:

“Como é que você vai lidar com essa situação se aquilo tudo te causa um sentimento tão negativo [vozes sobrepostas] e o sistema de saúde não contempla esse tipo de paciente, porque você

precisa de uma análise contínua, um psiquiatra ali todo dia praticamente, uma coisa intensa que a gente não oferece, então vai deixar morrer, como é que faz?" (EM, GF7)

Embora este excerto possa ser lido também como uma apologia da visão fragmentária do cuidado, para a qual quadros de sofrimento psíquico deveriam ser atendidos prioritariamente por profissionais da saúde mental, penso que aqui existe espaço para experiências e percepções distintas. Como vimos, atendimento a pessoas com sofrimento mental foram muito comuns, e talvez tenha faltado mais recursos nas malas de ferramentas dos internos, mesmo os que se propuseram a ser, ao menos temporariamente, “mentaleiros”. A ideia de que, no internato, a atenção a pacientes psiquiátricos é fascinante e ao mesmo tempo estressante e frustrante¹⁸⁰ fica potencializada pela fragilidade da rede de referência e explica, em parte, o sentimento de que a perna saúde mental do internato é manca.

7.3 SOFRENDOS DE CORPO E ALMA

Já no acolhimento do estágio, no primeiro dia, alguns se surpreendem com uma novidade que parte dos alunos encontrará no cotidiano das Clínicas da Família:

“[...] eu fiquei muito espantado com hoje de manhã porque eu nunca tinha ouvido isso, essa história de o sintoma como diagnóstico”. (GF5)

Já vimos que os alunos vivenciaram casos com problemas típicos de saúde mental (depressão, ansiedade) ou, o que aprenderam, um mal-estar a ser legitimado, mesmo tendo estranhado como os Transtornos Mentais Comuns não se encaixam no CID e no DSM. No entanto, os chamados Sintomas como Diagnóstico¹⁸¹ ou Sintomas Físicos sem Explicação Médica¹⁸² ou Síndrome do Estresse Corpóreo¹⁷³ entram em uma zona cinzenta que espanta os estudantes. Certamente espanta também os profissionais graduados: trata-se de grande desafio para a prática médica - com ênfase na atenção primária, tão caracterizada por atender problemas pouco definidos ou inespecíficos, mas também é com frequência abordado pela psiquiatria. O manejo medicamentoso com frequência é falho e existe grande diferença de entendimento entre médicos e pacientes sobre estes problemas^{183,184}.

Não é de se estranhar que os desafios sejam da mesma magnitude na educação médica. No Reino Unido, médicos residentes experimentam frustração e ansiedade ao atender pacientes com a Síndrome do Estresse Corpóreo, enfatizando as atitudes negativas de seus formadores¹⁸⁴. A elevada incerteza no manejo clínico traz ansiedade adicional para

aprendizes¹⁸⁵. Diretores de programas de residência em MFC e formadores das universidades tem consciência da limitação dos currículos para o tema^{186, 187}

Esta categoria de problemas emergiu da análise sob várias denominações: *problemas inespecíficos, sintomas que “não batem”, somatização*. Os internos registram dificuldade de encaixar o raciocínio clínico biomédico no jargão psicopatológico tradicional (“transtorno de somatização”). As primeiras experiências são reveladoras. Enquanto alguns contam da frustração de buscar doenças orgânicas e da perplexidade ante conexões terapêuticas imprevistas, outras, como Carolina, ficam maravilhadas, como diante de uma revelação:

“[...] chamamos o Dr. Rodrigo para realizar o atendimento médico da paciente. Quando ele entrou no consultório, perguntou não só sobre seus sintomas, mas também e, principalmente, se ela tinha sofrido algum trauma naquela semana, se tinha perdido algum familiar, valorizando os aspectos emocionais. Sem pensar duas vezes ela respondeu que tinha perdido sua tia na semana passada. Depois de conversar um pouco com a mesma, explicou-a que não tinha risco de ser um infarto, tranquilizando-a. Logo depois me explicou que provavelmente tratava-se de um quadro de somatização, orientando-me a conversar com a paciente tentando fazê-la perceber que todos esses sintomas eram um reflexo das suas preocupações e angústias. E em menos de cinco minutos de conversa com a equipe, ela já estava chorando, jogando todos os sentimentos pra fora, e sem nem perceber parou com os movimentos do ombro, ficando claro que dividir com alguém todos aqueles sentimentos e problemas em uma breve conversa era o suficiente para melhorar o incômodo.” (Carolina, S1)

Esta ocasião fez Carolina questionar sua formação hospitalar e porque jamais lhe ensinaram a pensar que um sintoma tão importante como dor precordial poderia decorrer da dinâmica psíquica de uma paciente. Muito provavelmente ela já teve uma aula ou discussão de enfermagem sobre dor precordial e um dos diferenciais possíveis é “ansiedade” ou “psicogênica”. No entanto, partindo das frustrações, insatisfações e dificuldades que o tema traz para aprendizes e médicos experientes, imagino que a trajetória acadêmica de Carolina tenha sofrido uma inflexão com esta experiência, que a escuta dá vazão a catarse terapêutica.

A concretude do problema – elevada prevalência e dificuldade do manejo - leva médicos de família a usar estratégias como escuta abrangente da história dos pacientes, discussão franca de interpretações sobre sintomas e diagnósticos e superação das tensões na relação pela construção de explicações novas para os sintomas¹⁸⁸. A palavra-chave é colaboração¹⁸⁹, e não à toa o conceito balintiano de *aliança terapêutica* é retomado com frequência na literatura do tema.

Falava de Raul quando trouxe a perplexidade da conexão terapêutica. Ele, penso, certamente desconhece a literatura sobre a *síndrome do estresse corporal* na APS em

profundidade, mas percebeu que havia algo de errado ao atender um paciente e que a rodada lhe havia acrescido competência para o manejo da situação:

“Uma das pacientes que atendi essa semana me fez perceber a diferença que rodar na saúde primária está fazendo na minha formação médica. Era uma mulher, de 20 anos, já tendo sido atendida diversas vezes na clínica e com uma história de queixas vagas com uma abordagem terapêutica pouco objetiva que, evidentemente, não estava resolvendo seu problema. Apesar da agenda apertada, me dispus a atendê-la com calma e tentar saber um pouco mais da sua história. Seus sintomas me pareciam funcionais/somatizações, relacionadas a sua vivência e seus problemas. Apesar de não ter formação de terapeuta, ouvi suas demandas, debati possíveis soluções e ofereci conselhos, da melhor maneira que pude. Ela saiu sem nenhum diagnóstico feito e nenhum remédio prescrito, mas acho que foi embora melhor do que chegou”. (Raul, S8)

Curiosamente, apesar do relato de aparente sucesso no manejo da paciente, a melhora ocorreu de forma estranha, em contraste com a falta de diagnóstico ou prescrição – e “*apesar de não ter formação de terapeuta*”. O papel da escuta e do *rapport* e mesmo do alívio, da legitimação e suporte por ele provido, fundamentais para o manejo do caso¹⁹⁰, ainda parecem estar em campo distinto das intervenções médicas.

No fundo, as desventuras no aprendizado das várias expressões da síndrome do stress corpóreo nos pacientes explicitam outra anomalia paradigmática lavrada com frequência no campo da APS. A separação mente e corpo, para além da ênfase nos aspectos orgânicos do sofrimento (a morfofuncionalidade biomédica como paradigma explicativo), tem outro desdobramento. Schmidberger e Loeffler-Stastka¹⁹¹ atentam para o desenvolvimento da empatia – competência fundamental para a semiologia da saúde mental – como um sentimento “proprioceptivo”, “corpóreo”. Considerando que o termo “*bodily*” é polissêmico – significa corpóreo e ao mesmo tempo pessoal, conjunto – o seguinte excerto ajuda a iluminar como produzir colaboração em pessoas que tem a *bodily stress syndrome*, em que contexto, corporal e conjuntamente são formas complementares de produzir cuidado¹⁹¹.

A desilusão do paciente pode ser compreendida empaticamente não apenas por suas expressões corporais em uma situação comum concreta da unidade de diálogo, mas através de um conhecimento contextual que transcende a situação, um conhecimento pré-reflexivo presente das circunstâncias biográficas do paciente. Este conhecimento contextual apoia a empatia profissional pela emoção com que o paciente está lidando. Dessa forma, o conhecimento contextual influencia até mesmo a ressonância corporal do profissional, pois favorece sua sensibilidade pelas emoções do paciente (p. 5, tradução nossa)

Embora tenham sido frequentes, os relatos de casos com a síndrome do stress corpóreo nem sempre foram descritos com termos mais específicos como somatização ou sintomas

como diagnóstico. Penso em algumas explicações: primeiro, menosprezo pelo problema por estudantes como questão menor, daí a alusão às “*queixas inespecíficas*” ou “*sintomas que não batem*”; em segundo, falta de abordagem específica da supervisão e preceptoria e do programa do internato; por fim, casos que entrariam nesta classificação tiveram como enfoque mais o *processo* da consulta centrada na pessoa e menos no *diagnóstico* do problema. Ainda assim, nos campos de estágio onde a supervisão de psiquiatria abordava ativamente este conjunto de problemas, foi possível identificar uma autopercepção de ganho de competência para lidar com a questão.

"Mas o que mais me marcou nessa parte do internato foi aprender a identificar causas psicológicas para as demandas agudas dos pacientes. Esse foi um trabalho que a Professora L fez intensamente conosco e sinto que saio da rodada mais confortável para abordar essas questões com os pacientes."(Marília, RF)

7.4 TECNOLOGIAS PSICOSSOCIAIS

Em 2017, o estágio nos CAPS não era obrigatório para todos os estudantes. Apenas os que rodaram em clínicas que havia este serviço adjacente ou para os que se voluntariaram tiveram esta oportunidade. Para os estudantes que tinham pequena ou nenhuma noção do que se tratava, conhecer um serviço com este perfil foi dos momentos mais desafiadores do estágio. O relato de William (página 120) é um analisador das questões debatidas aqui de forma mais explícita.

Desfeito o nó que identifica cuidado em saúde mental exclusivamente com a díade diagnóstico nosológico-descritivo/tratamento medicamentoso, muitos estudantes puderam vivenciar de forma mais livre as possibilidades de aprendizagem nos equipamentos substitutivos. A desconstrução da abordagem biomédica já foi tratada acima, em especial na descoberta da escuta terapêutica. Neste tema, trataremos do entendimento da Atenção Psicossocial como tecnologia legítima da produção de cuidado da ótica dos estudantes que “entraram de cabeça” na rotina dos CAPS e das equipes de Consultório na Rua; do aprendizado do matriciamento como recurso para a reorganização do trabalho em saúde e da resolutividade clínica;

Vimos que os estudantes passaram a enxergar os serviços de base comunitária como locais legítimos para a produção de cuidado ao sofrimento mental. A principal ferramenta para isto foi a presença de arranjos de matriciamento em todas as unidades. Desde os anos 90 existe investimento em capacitação das equipes de APS para a atenção ao sofrimento mental

no mundo com propostas como *stepped care* e *collaborative care*. No Brasil, o apoio matricial ou matriciamento é uma das principais tecnologias de cuidado compartilhado e transferência de tecnologias leves não apenas no campo da saúde mental, mas de outros saberes em saúde^{173,192,193,194}.

Os professores de saúde mental da UFRJ agiam como matriciadores, o que era de grande valia especialmente nas clínicas onde não havia equipes de NASF. Além disso, o momento de supervisão semanal geralmente conta com a discussão de casos de saúde mental, uma das modalidades do apoio matricial¹⁹³. E estas interações foram momentos muito valorizados, com a ressalva da baixa interação entre internos e profissionais não médicos. Vejo como particularmente importante por aumentar a responsabilização e reduzir a cultura do “parecer” ou “interconsulta”, palavras que expressaram a fragmentação do cuidado entre diversos especialistas focais. Marília se responsabiliza com o caso abaixo, ao adotar uma perspectiva integradora, tributária da epistemologia holística da MFC, acessando habilidades de comunicação (demanda oculta) e atributos da APS:

“Nessa semana, discutimos sobre pacientes com questões de saúde mental e foi bem apropriado para mim pois no dia anterior atendi um paciente que chegou com uma queixa “cartão de visita”. Ele procurou atendimento, a priori, devido a uma dor nas costas, e conforme foi se sentindo mais confortável, me perguntou se tínhamos remédio para depressão. Conversamos um pouco sobre o que ele estava sentindo, que, de fato, qualificava como um distúrbio de humor e marcamos outra consulta, na próxima semana, para conversarmos sobre isso” (Marília S6)

Os dispositivos de matriciamento e supervisão foram valorizados pelos internos por aumentar a resolutividade e o ganho conhecimento, além lhes permitir dividir responsabilidades de casos tidos como difíceis:

“A experiência de saúde mental no meu internato foi bastante intensa e marcante. Atendi vários pacientes com os mais diversos diagnósticos: Esquizofrenia, TDAH, depressão, suicídio, transtorno bipolar, psicoses em geral, demências. A presença do professor Tomás como matriciador foi extremamente enriquecedora e muitas das vezes confortante. Entrei em uma equipe cuja preceptora apresentava vasto conhecimento sobre manejo dos casos de saúde mental e por isso, muitas das vezes a presença do matriciador se dava apenas para reafirmar a conduta previamente estabelecida ou para refinar e melhor adaptar o tratamento.” (Gustavo RF)

A julgar por este depoimento, a riqueza da rodada foi atestada pela variabilidade diagnóstica. Gustavo não me pareceu interno de grande sanha diagnosticadora, e transmitia certo entusiasmo pelo aprendizado das ferramentas da MFC. Penso que o excerto revela outro elemento: a assimetria de valor pedagógico entre psiquiatra e MFC que revela o que Balint⁵³ descreveu como a perpetuação da relação professor-aluno entre *general practitioners* e os

especialistas. Trata-se de conceito que define as limitações da resolutividade da APS de sua época, em que os GPs não conseguiam como lidar com problemas prevalentes sem o suporte de especialistas. No capítulo de seu livro que trata do tema a relação entre GPs e psiquiatras é particularmente significativa. Para o que nos traz Gustavo, a potência da clínica generalista para o manejo do sofrimento mental ainda está ancorada na necessidade da benção do especialista em saúde mental. Seu texto não deixa de ser emblemático de uma questão central no campo da APS: o psiquiatra, detentor do poder da especialidade focal, dá legitimidade conceitual e simbólica ao sofrimento dos pacientes e segurança aos internos; a médica de família, de *vasto conhecimento*, *maneja* os casos. Como no poema Vício de Fala, de Oswald de Andrade, em que os operários que dizem *teia* e *teiado* são os mesmos que constroem telhados, os MFCs vão construindo cuidados, mesmo sem estarem apropriados de forma minuciosa da gramática hegemônica da medicina.⁵³

Ainda assim, nem sempre os matriciamentos foram tão produtivos. O preciosismo diagnóstico não escapa à esta crítica sutil:

“O matriciamento serviu para mudarmos o diagnóstico de ‘demência a esclarecer’ para ‘demência vascular com afasia, amnésia e comprometimento de Atividades de Vida Diária’. Mesmo assim, sinto que exploramos pouco algumas questões, como a perda traumática do filho do casal, o uso de álcool e drogas, além dos sintomas psicóticos de Dalva [...] ‘Diante da certeza diagnóstica do senhor Joaquim e das dúvidas diagnósticas da senhora Dalva, o que mais angustia é minha pouca familiaridade com a rede intersetorial que, certamente, beneficiará o casal’” (Jean, S11)

O excerto acima é um dos exemplos de referência à rede intersetorial como recurso terapêutico. Trata-se de um calcanhar de Aquiles da formação e da prática dos médicos em geral, e que a disciplina ainda não abordou de forma eficaz. Sem dúvida, é uma das formas mais arraigadas do paradigma biomédico na formação e obnubila bastante o aprendizado da Atenção Psicossocial no internato. Ainda assim, a experiência dos internos nos CAPS e nos Consultórios na rua atenuam estas lacunas.

Apenas Nina e Leila rodaram em Consultórios na Rua, equipamento da rede da APS com maior prevalência de problemas de Saúde Mental¹⁹⁵. Seus relatos são prenhes de significado, em especial no que diz respeito ao aprendizado do sofrimento social, como discutido na seção 5. Cenas da violência urbana tão típicas das áreas conflagradas do Rio emergiram a cada momento. O principal destaque que faço para este capítulo é a contribuição para o entendimento da estratégia de Redução de Danos, potencializada pela discussão teórica na supervisão, às quais as duas aludem. O investimento das equipes em pessoas tão à margem da sociedade, que orbitam em torno das cenas de uso, as fascinou. O afrouxamento da moral

tradicional sobre as drogas – pacientes que perguntam se podem usar drogas e a médica pede para manejar e não arrumar confusão – foi experimentado com uma delas, que mais uma vez expressou a admiração pelo Agente de Saúde que investia no cuidado a usuários que continuavam usando drogas na cena de uso:

“Conversamos um pouco com ele, tentando convencê-lo a aparecer lá no dia seguinte e ele agradeceu muito, falou que o Anderson o estava ajudando muito com sua autoestima e disse que iria na próxima semana” (Leila S11)

A passagem pelos CAPS nos brindou com narrativas mais vivas, embora a forma como os estudantes relatam algo entre o desdém e a incompreensão em suas imersões sempre me tenham chamado a atenção. Pensei se tratar da menor importância do médico na equipe (são comuns as narrativas de que “a única coisa diferente que o médico faz é passar remédio”) e da falta de rotina assistencial tipo “fila de atendimento”:

“Não é fácil se permitir dar atenção, ser interrompido e manter as tarefas o tempo todo. No entanto, isso é algo que perpassa o dia a dia no serviço” (Nina, S8).

Os cinco estudantes que rodaram no CAPS relataram um certo encantamento com as oficinas terapêuticas, em grande medida por proporcionar prazer em atividades lúdicas e terapêuticas. Lucas fez mosaicos e declamou poesias; Juliana dançou; Leila assou empadas e participou da venda pelo Soweto, que iria custear um passeio para a Quinta da Boa Vista; uma estudante engajada nas atividades do seu território, como Nina, tomou parte ativa das oficinas e foi além: propôs com o coletivo um Sarau Poético, nos moldes do que a clínica vizinha ao CAPS e em que estagiou já organizava, de forma a ser mais um catalisador da ebulição cultural do bairro. Seu contraponto à rotina assistencial é significativo:

“Saímos do nosso lugar de conforto, o consultório, para fazer saúde com instrumentos que não estavam presentes ao longo da nossa graduação: a música, o convívio, a escuta, o riso, o choro, a pintura, o desenho etc.” (Nina, RF)

Mais uma vez, o potencial terapêutico desta desconhecida tecnologia é a surpresa. William, cético e fascinado, perguntou à assistente social, durante a oficina de musicoterapia:

“[...] se havia algum ganho além da diversão: há grande melhora nas habilidades comunicativas dos pacientes” (S3);

Leila viu com seus próprios olhos; atendeu no CAPS um paciente:

“[...] que viveu alguns anos em Residências Terapêuticas. Ele não conversou muito conosco na oficina, não soube escrever seu nome na presença e sua única participação foi desenhar quadrados. Tive dificuldade de me aproximar dele pela dificuldade de comunicação. [...] [após uma semana] hoje falou conosco por um tempão sobre coisas diversas. Falou sobre sua família, sobre sua escolaridade, um pouco sobre seu tempo internado e até sobre as naves de Jornada nas Estrelas. Escreveu seu nome, o da sua mãe e pequenas frases. Todos ficamos felizes ao vê-lo soltar frases inusitadas, pois foi realmente bonito ver a mudança que ele apresentou ao receber uma atenção especial” (Leila, S5-6).

Esta “atenção especial”, ou psicossocial, foi lida por Lucas em contraste com o que aprendeu no 9º semestre. De estritamente psiquiátrico, o cuidado, temperado pelo vínculo, pela longitudinalidade e pelo trabalho em equipe, versa sobre questões mais abrangentes. O famoso chiste de que, no CAPS, ninguém sabe quem é paciente ou profissional, ganha uma versão elaborada e cidadã:

“[...] o IPUB é destinado ao atendimento dos pacientes de uma forma mais setorizada e a cuidar de questões estritamente psiquiátricas que os pacientes venham a ter. Por outro lado, o CAPS, por ser de um nível de atenção mais básico e por oferecer um cuidado acompanhado, multiprofissional e continuado, permite um olhar mais longitudinal dos pacientes ao extrapolar tanto o ‘tempo de consulta’ quanto por permitir trabalhar questões sociais e universais que são típicas de qualquer pessoa, sendo ela paciente ou não.” (Lucas, S18)

Dialogando com a percepção de que pessoas com transtornos mentais graves tem necessidades como qualquer outro ser humano, Nina refina este olhar com outra temática: a relação dos CAPS com a rede de APS, em especial com a Clínica da Família Paulo Freire, onde ela estagia. Em sua percepção, isto está ligado à visão – atravessada pelo estigma – de como as pessoas com Transtornos Mentais Graves devem transitar na rede de atenção e na sociedade:

“[...] a gente ia na reunião de equipe da CFPPF levando Karina e outra profissional do CAPS como combinamos da reunião de terça-feira de manhã. O objetivo era dar o primeiro passo na aproximação dos dois aparelhos CAPS e CFPPF. Nos reunimos com a equipe Bravura. Foi importante para perceber que a clínica ainda não sabia que casos “encaminhar” para o CAPS. A visão ainda era a de ocupar a mente dos pacientes que não tinham atividades fora de casa. A ideia do CAPS é a de acolher e traçar um plano terapêutico para os pacientes que tem transtorno mental grave em situações críticas. Dali em diante, uma vez estáveis, devem poder usar sua autonomia para experienciar a sociedade como as demais pessoas” (Nina. S10)

O depoimento a seguir, que parte de uma certa percepção da desimportância do estágio, traz elementos preciosos para compreender a ambivalência que o cenário produz nos

internos e permite vislumbrar a necessidade de preparo do campo de estágio de forma mais estruturada:

“Na maior parte do tempo, principalmente nos dias em que não há médico, o CAPS é um local de convivência. Objetivamente não há muito o que relatar, pois os conteúdos das minhas conversas com os pacientes foram irrelevantes, muitas vezes assuntos triviais, que mais parecem um bate papo. Em relação ao crescimento pessoal que essa semana me proporcionou, não sei como descrever. Entrei em contato com mentes que funcionam de uma forma completamente diferente da que estou acostumado. Um professor uma vez disse que a anamnese é um dos eventos mais complexos e fantásticos da natureza, trata- e de um cérebro (um tecido biológico que possui capacidade de processamento e complexidade maior que qualquer computador ou máquina criados pelo ser humano) tentando compreender o que se passa em outro, por meio de um código (linguagem). Obviamente o professor era neurologista. Gosto muito dessa ideia e não a cito aqui sem objetivo: imagine tentar compreender uma mente que segue um curso diferente, que flui de maneiras que você nunca antes tinha pensado, a partir de um código defasado, pois a maioria dos pacientes tem alguma dificuldade em se expressar verbalmente, além de invadirem com frequência seu espaço pessoal. Superar esse desafio foi meu objetivo na primeira semana de imersão. E eu consegui. E eu adorei!!! Na sexta feira já estava abraçando os pacientes, sem medo de conversar e responder o que me perguntavam, enfim, fui captando as nuances do exercício diário que é lidar com essa população especial: quando dizer não, como dizer, como reagir à labilidade emocional, como resolver os conflitos entre eles, entre inúmeras outras” (William S2)

A ausência do médico parece, inicialmente, dar pouco sentido ao local. No entanto, as conversas “irrelevantes e triviais” lhe ensinaram algo, e, embora não saiba dizer explicitamente o quê, fica evidente que a exposição a pacientes graves, em um contexto organizado para o cuidado psicossocial, legitima a desconstrução do estigma, treina a sensibilidade para outra modalidade de entrevista e ensina a importância da dimensão cuidadora de sua prática. Curiosamente, este insight foi traduzido e iluminado por um marco conceitual biomédico, e creio que esta explicação neurocientífica de nosso jovem osleriano aponta a necessidade da disciplina construir um roteiro teórico-prático que dê conta dos desafios da atenção psicossocial nos cenários de CAPS, que permita a emergência destas reflexões também por outras vias teóricas. Isto é particularmente importante devido às evidências de que enxergar o adoecimento mental como uma doença preponderantemente cerebral tem o potencial de perpetuar visões estigmatizantes¹⁹⁶. É sobre o estigma que irá tratar o último tema do capítulo.

7.5 “LOUCURA SIM, MAS TEM SEU MÉTODO”

O fascínio pelo diagnóstico do motoboy Felipe desvelou diversos discursos, mais ou menos explícitos, de concepções estigmatizantes. A descrição objetiva dos sintomas

psicóticos do paciente-ator mistura o fantástico do delírio com certa repulsa: a explicação intoxicação pelo gás carbônico e da presença de um chip na cabeça são “*sem lógica*”; a conciliação do sofrimento com uma vida laboral ultraja alguns; o medo de lidar emerge com frequência; a vontade de encaminhar direto ao psiquiatra é relatada; a identificação do simples uso de maconha com um transtorno mental é evocada por muitos. Estes elementos, entre outros, colocam de forma mais ou menos explícita uma visão de incapacidade do motoboy. Como temos visto, nem todos compartilham de visões estigmatizantes:

“[...] até que ponto quem tá precisando de tratamento somos nós né, de entender que tem algumas diferenças que a gente talvez se conseguisse trabalhar melhor a gente conseguisse incluir essas pessoas que foram excluídas por nós” (EH, GF4)

A convivência com os pacientes em contextos de cuidado voltados a reabilitação psicossocial complexificou as visões predominantemente estigmatizadoras que extraí das primeiras narrativas; também potencializou visões mais abrangentes que já havia percebido no grupo focal de entrada. Tendo vivenciado e/ou incorporado uma gama maior de tecnologias psicossociais na assistência a pessoas com sofrimento mental, o ambiente de manejo dos problemas mais graves passou a ser entendido pelos estudantes para além dos recursos típicos do hospital psiquiátrico - medicação, confinamento, contenção.

Mas, além disto, para muitos estudantes, com especial ênfase naqueles que experimentaram dispositivos como CAPS, a loucura pôde ser compreendida para além do estigma. Da visão de pessoas incapacitadas, incuráveis, deficientes, muitas narrativas trouxeram os pacientes como seres humanos com direito à cidadania e portadores de potencialidades desconhecidas.

O planejamento da rodada valorizou a preparação de dispositivos pedagógicos em que os loucos tivessem protagonismo. Durante o acolhimento, os estudantes participaram de diálogo com um grupo de usuários do IPUB com transtornos mentais graves [Voz dos Usuários] e que, entre outras atividades, debatem sua condição com estudantes de diversas universidades, de forma a combater o estigma. Esta exposição inicial sensibilizou alguns e, mesmo que nem todos os internos tenham valorizado o papel do grupo no primeiro dia do estágio, saltou aos olhos de muitos as dificuldades enfrentadas por pessoas em sua maioria psicóticas, com destaque para o papel do SUS na promoção da cidadania.

Uma questão que polarizou a discussão em um grupo focal era sobre “*entrar na loucura*” dos pacientes, aprendida, ao que parece, com algum professor da psiquiatria em momento anterior do curso – pelo que entendi, para preservar o distanciamento. A ideia de

que “conviver com loucos te deixará louco” é comum e combatê-la é central para a redução do estigma e da estereotipação nos estágios de saúde mental¹⁸⁰. No entanto, para alguns havia certo fascínio no delírio e na desorganização, que instilaram curiosidade e a empatia dos estudantes. Estes advogavam que o diálogo com a loucura dos pacientes era ferramenta imprescindível para o cuidado. Os estudantes vão se dar conta de como a temática está atravessada pelo estigma ao se permitir estar abertos a experiências dos pacientes e ao conviver com pessoas com sofrimento grave inseridos em seu contexto social:

“[...] os próprios pacientes [do grupo Voz dos Usuários] falaram hoje, que parece que independente dele ter uma necessidade ou não de ser mais medicamentosa, o poder do grupo é muito grande. O poder de... a gente é uma espécie feita pra ser social, pra viver em conjunto, então eles já são excluídos, com a própria condição eles já... se for um caso psiquiátrico que não necessariamente é, mas com certeza existe um sentimento de diferença e de isolamento, então ele já carrega isso, já se sente sozinho, a sociedade também, de certa forma, marginaliza. (EH GF2)

A mera exposição a um momento com usuários com transtornos mentais graves pode produzir redução de visões estigmatizantes¹⁹⁶, e aqui vimos que aspectos da experiência com o estigma, como isolamento, discriminação e diferença de poder na sociedade¹⁹⁷, aparecem na narrativa dos internos.

No entanto, é a experiência com o cuidado que produz reflexões mais ricas. Ao longo do texto, já vimos como William se fascina com a mente dos pacientes graves ou como Raul vacila diante dos desafios clínicos de uma mulher com transtorno bipolar. Outros internos sublinham as estratégias de autocuidado dos pacientes. Carolina, ao frequentar o CAPS participa de um grupo de ouvidores de vozes, dispositivo comum em serviços do gênero, experimenta situação de exercício de empatia e descobre como os pacientes lidam com o incômodo dos sintomas. Destaco também a diferença percebida por ela entre a prática no serviço com a experiência da disciplina do 9º semestre:

“Mesmo sendo um tópico muito abordado durante a disciplina de psiquiatria, ouvir aqueles relatos cheios de sentimento me comoveu bastante. Porque por mais que imaginemos o sofrimento dessas pessoas, somente quando ouvimos os seus relatos conseguimos entender um pouco do que se passa na cabeça deles e perceber a angústia e desespero em cada história contada por eles. Nesse grupo, eles encontram um espaço para dividir todo esse conflito diário e compartilhar maneiras de lidar melhor com essa situação, como ficar com fones de ouvido, para ouvir música o dia inteiro e de certa forma driblar essas vozes. Mesmo não estando em acolhimento, a maioria aparece na hora combinada toda semana, mostrando a importância desse momento para eles. ” (S4)

Lucas, que revela em seu diário ter um amigo de infância com atraso mental grave, possui *background* de maior sensibilidade ao estigma, chamou a atenção para outro aspecto: a negligência do cuidado a saúde com esta subpopulação:

“Nossos pacientes psiquiátricos são pessoas que, embora carreguem diagnósticos estigmatizantes consigo, podem apresentar queixas físicas e psicológicas diversas que não se relacionam em nada com seu diagnóstico, queixas essas que muitas vezes são negligenciadas pelos profissionais assistentes por apenas valorizarem o diagnóstico de entrada do paciente.” (S18)

Estamos presenciando uma travessia: da rotulação como principal preocupação, caracterizada pela busca incessante do diagnóstico; da estereotipação (o psicótico é violento, vai arrumar briga no trânsito) e de outros elementos característicos do estigma¹⁹⁷ para a atenção a outros aspectos do cuidado com a população de pessoas com sofrimento mental grave. A lenta e suave erosão do estigma também é demarcada pela forma como muitos elaboraram suas emoções. Não foram poucos que usaram a palavra medo para definir sua relação com a loucura, e ao menos um disse que este medo foi instilado no currículo:

“- EM: a gente cruza com os pacientes no CAPS, o paciente que dava muito medo antes, eu sei o nome deles, eu cumprimento eles quando eles cruzam, eu sei da história deles, eu me preocupo com eles, e são pacientes que antes, eu sentia medo de verdade, assim, deles, então enfim... pela aparência, pelas atitudes, por eles serem imprevisíveis e hoje eu tenho carinho, assim, por eles, porque não que eu entrei na loucura deles nesse aspecto não, mas talvez eu aprendi a lidar...ou eu senti que os meus medos não podem... eu acho que foi uma experiência que mudou completamente em pouco tempo a minha forma de ver, ah, a gente lidou com o paciente mais difícil do CAPS e depois um dia ele tava tocando violão pra mim e pro meu amigo sendo que na véspera ele tinha sido agressivo com a gente. Então, eu acho que é uma experiência que muda sua forma de ver aquela pessoa

- EH: “É que você vê um problema menor do que parece, você consegue, você precisa muito menos de esforço pra lidar com o todo do paciente.” (GF8)

A temática de “*entrar na loucura*” apareceu porque a equipe de saúde do vídeo decidiu usar capacetes metálicos que faziam parte do delírio da família atendida. “Entrar na loucura” esteve completamente ancorada na experiência relatada por alguns estudantes, como forma de produzir um plano de cuidado mais moldado à singularidade de cada pessoa. Como disse outro estudante neste mesmo grupo, “*entrar na loucura é entrar no mundo do paciente*”. Mais que isso: se livrar do estigma demanda “menos esforço” para cuidar do paciente.

Entendi que o *problema que parece grande* são não apenas os diversos componentes do estigma, mas também a base científica que justifica o estigma e opera como bloqueador das possibilidades de cuidado. Talvez por isso não tenha encontrado, nos grupos focais de

saída, referências ao diálogo com o delírio de conteúdo depreciativo, como nos grupos focais de entrada.

Outra ideia forte das narrativas de quem rodou nos CAPS e Consultório na Rua é de que as pessoas com transtornos mentais graves são pessoas portadoras de direitos como qualquer outra, embora haja um movimento forte na sociedade para esvaziar este:

“[...] o CAPS não é o espaço do lazer pelo lazer dos pacientes com transtornos mentais graves. Esses espaços são exatamente iguais aos das demais pessoas, ou deveriam ser. Não o são porque a gente ainda estigmatiza as pessoas com transtornos mentais e as isola para qualquer lugar que não esteja ao alcance dos olhos e dos ouvidos” (Nina S8)

“[...] no Consultório na Rua conheci pessoas em imensa vulnerabilidade e com histórias e realidades difíceis e muito diferentes das que eu conhecia até então. Aprendi que lidar com eles não é tão difícil quando perdemos o medo e os tratamos com empatia como um paciente como outro qualquer” (Leila, RF)

De acordo com o material que examinei, a combinação abordagens clínicas centradas na pessoa, como vimos no capítulo anterior, somada a exposição longitudinal e intensiva (no caso de quem rodou nos CAPS e Consultório na Rua) ajudou a modificar aspectos importantes de visões estigmatizantes dos estudantes frente a pessoas com transtorno mental grave. A narrativa abaixo é bastante frequente entre os que puderam passar no CAPS:

“Acredito que não só eu, mas todos os internos que rodaram no CAPS passaram por um processo de desmitificação sobre a realidade desses pacientes, e hoje nos sentimos mais aptos a lidar com esses pacientes no nosso futuro profissional. Certamente, esse contato com o CAPS foi um diferencial entre os internos que rodaram onde rodei e os que rodaram em outras clínicas, sendo essa a minha sugestão para as próximas rodadas: se viável, tentar inserir todos os internos em uma unidade de caps.” (Carolina, RF)

A implantação de dispositivos pontuais (como aulas e dramatização) de abordagem crítica ao estigma na educação médica tem sido mensurados, com resultados de modestos no conhecimento teórico do problema, mas não nas atitudes e nos comportamentos¹⁹⁸. Uma experiência de internato hospitalar de psiquiatria teve efeito de maior magnitude, porém igualmente não duradouro¹⁹⁹. O internato em psiquiatria pode ter efeito negativo na produção de empatia pelo estresse e elevado contato com pacientes, o que pode levar os estudantes a se afastarem da área¹⁸⁰. Medidas eficazes de enfrentamento ao estigma durante o internato parecem combinar abordagens à ampliação do conhecimento (aulas teóricas, discussões de casos), exposição (experiências clínicas) e atenção ao processo de aprendizado clínico (modelo dos médicos e demais educadores clínicos, sensibilidade às reações dos estudantes

em supervisão ou mentoria e trabalho ativo com temas relativos a empatia com pacientes e estudantes)¹⁹⁶.

8 TORNAR-SE MÉDICO E MÉDICA NA COMUNIDADE

*“o que trinca está maduro, poeta”
Manoel de Barros*

Ao acompanhar a cobertura via whatsapp da cerimônia de formatura de um primo, minha tia, emocionada, postou, imediatamente após a entrega do diploma: “agora o Bruno é médico”. As cerimônias têm sua importância simbólica como rito de passagem, mas aquela sentença tão categórica me fez pensar nas aulas, nos plantões, nas manhãs de enfermarias, nos ambulatórios por que meu primo passou até chegar àquele momento e só então ser considerado médico. De fato, a formação da identidade médica é processo de permanente construção⁹, fortemente influenciada pelas experiências educacionais curriculares e não-curriculares, bem como por valores, expectativas e objetivos²⁰⁰, em que o estudante passa a ser reconhecido, progressiva e temporariamente, como membro de uma comunidade de práticas, através de processo de socialização no ambiente de trabalho²⁰¹.

A educação médica tem dado enfoque maior ao aprendizado do profissionalismo, visto como o contrato entre a categoria e a sociedade^{201,202} e “[...] objetivos educacionais dos currículos de medicina devem garantir que os alunos compreendam a base cognitiva do profissionalismo, internalizem o sistema de valores da profissão médica e demonstrem os comportamentos profissionais pertinentes esperados”²⁰³ (p.1446, tradução nossa). Como destaca Porto, profissionalismo não equivale a formação da identidade profissional²⁰², embora uma perspectiva integradora e explícita do aprendizado daquele seja fundamental para um desenvolvimento mais proveitoso desta²⁰³. Trata-se de processo profundamente dependente da socialização do estudante na comunidade de práticas e em contexto sociocultural mais amplo²⁰⁴.

O aprendizado em cenários práticos oferece situações complexas e reais nas quais a formação da identidade profissional ocorre de forma mais corporificada²⁰⁶, e o internato é um momento decisivo, por ser a etapa onde a transição do estudante para o médico, em que o interno experiencia não apenas “atender como médico”, como também trabalhar em equipe⁹. Em um contexto de profundas transformações do sistema de saúde, da prática e da educação médicas, a própria definição da identidade profissional médica passa a expressar uma miríade de possibilidades, apontando para a necessidade de novos contratos sociais entre a Medicina e a sociedade²⁰²: as tradicionais âncoras da medicina, como forte autonomia profissional, hierarquias rígidas e poderosas e paternalismo encontram-se em cheque⁹. Ademais, formas

engessadas de gestão do trabalho em saúde produzem alienação e iatrogenia, com surgimento e perpetuação de práticas profissionais degradadas^{41,167}.

Embora a disciplina não preveja espaços teóricos e/ou reflexivos que abordem de forma explícita as temáticas do profissionalismo e/ou da formação da identidade profissional, o tema grita nos diários, relatórios e grupos focais. Como visto, muitas narrativas se iniciam com a perspectiva de um mundo novo se abrindo: de “atender como um médico” para “tornar-se médico”. Este enfoque é fundamental no processo de formação médica, e pouco estudado, se comparado com a aquisição de competências²⁰⁶.

Ao focar o processo do aprendizado em um cenário real, permeado pela complexidade do sistema de saúde, destaco três eixos de análise que fundamentam a formação de identidade profissional⁹: as conexões entre coisas (objetos, equipamentos, aplicativos de computador, etc.) e pessoas, amparado na *teoria do ator rede* de Latour; a produção de sentido da prática profissional no ambiente coletivo de trabalho, com a participação cada vez mais legítima dos internos na socialização profissional proporcionada *comunidade de prática*, teoria criada por Lave e Wenger; é pela participação, pelo engajamento com uma coletividade voltada para o trabalho que a identidade profissional se produz – “*Identidade é história*”; por fim, seguindo as pistas de Engeström, a identidade é formada pela participação em um sistema de atividade voltado para uma finalidade – no nosso caso, pra a produção de cuidado. Em síntese:

Identidade é então produto de uma confluência de fatores: contexto social (possivelmente uma comunidade de práticas); um contexto artefactual produzido por uma gama de artefatos como computadores ou instrumentos; papéis e regras – onde estes compartilham um objeto comum ou resultado de aprendizagem⁹(p.76, tradução nossa).

Os relatos dos alunos estão repletos de reflexões a este respeito. As expectativas de deixar de ser um observador distante – um “cone”, no jocosos jargão dos estudantes – e botar a mão na massa são fervilhantes entre os que irão iniciar uma rodada de internato pela primeira vez. A jornada de “tornar-se” ou do “devir” está em aberto. Seus textos nos irão dizer como perceberam esta construção.

Neste capítulo, busco reunir temas que emergiram da experiência de tornar-se médico no ainda inusitado cenário da APS. Inusitado porque a imagem e a carga horária da formação médica ainda são predominantemente hospitalares, e este espólio os estudantes carregam no cotidiano. Como vimos, a formação centrada no hospital aprofunda tendências presentes no currículo médico geral: baixa tolerância a incerteza, em que a dicotomia certo/errado polariza

o julgamento clínico; ausência de ganhos de empatia; ausência de ganhos em raciocínio moral e sensibilidade ética, produzindo relações distantes com os pacientes¹⁶⁴.

Ganhando confiança com pacientes reais trata do desabrochar da experiência clínica de forma mais apropriada; *cuidando de casos memoráveis* trata de como casos marcantes, que fazem emergir questionamentos sobre a imagem profissional, sobre valores e sobre a morte produzem inflexões na forma como os internos se enxergam; Em “*cansaço que não é do corpo*”, os internos explicitam suas percepções sobre o trabalho em um ambiente de grande pressão assistencial e densidade emocional; Em *fazer parte de uma equipe: “imagina você sozinho no seu consultório?”*, escrevo sobre a experiência de ter responsabilidades assistenciais, ganhar conhecimentos e manejar conflitos e afetos no ambiente de equipe multiprofissional; por fim, em *educação médica como prática democrática*, busco elencar situações em que a participação no cenário de prática os sensibilizou para temas subvalorizados nos processos curriculares e abriu caminhos para mudanças de práticas. Estes aspectos estão relacionados à formação da identidade médica e são cruciais para a valorização do trabalho médico na APS.

8.1 GANHANDO CONFIANÇA COM PESSOAS REAIS

Passarinho que se debruça - o voo está pronto!
Guimarães Rosa

O aprendizado com pessoas reais é dos mais decisivos vetores da formação da identidade profissional:

É ao encarar o paciente como Outro que o estudante vê o que é diferente ou ausente de seu próprio mundo. Paradoxalmente, é nessa lacuna, nesse silêncio, que essa identidade é construída. Se a educação médica perpetua e reforça a tradição de construção de identidade unicamente pela identificação com a mesma comunidade de prática, então corremos o risco de reproduzir um grupo profissional autônomo e fechado.⁹ (p. 197, tradução nossa).

Ao ter como foco a produção de cuidado, sentir-se parte de uma comunidade de práticas, ser absorvido por uma equipe de saúde ou mesmo relacionar-se com *artefatos* são momentos sensíveis para a formação da identidade profissional, como na situação a seguir. Ao acompanhar o preceptor para atestar o óbito de uma usuária, ele viveu uma situação inusitada: ao preencher o atestado, errou a única cópia levada para a casa da usuária. O aluno

se coloca diante de sua imagem como um profissional real, para além dos ambientes de simulação da graduação. Em um setting próprio da APS, viveu um marco na formação de sua identidade profissional:

“Eu nunca havia preenchido (errado) um atestado de uma pessoa efetivamente morta, apenas atestados fictícios em raras ocasiões na faculdade (Medicina legal, epidemiologia), muito menos havia ido à casa de alguém que acabara de falecer (todos os óbitos que presenciei foram hospitalares). Eu acredito ter lidado bem com a situação, apesar de ainda não saber exatamente como me senti ou se é que há "o que sentir" nessas situações. Não se tratou de dar uma notícia, todos sabiam que a paciente havia falecido, os familiares ainda estavam se acostumando com a situação, não havia choro, desamparo, nem desespero evidentes, a rigor foi um trabalho burocrático” (S13)

O internato em MFC/Saúde Mental foi visto como oportunidade ímpar no currículo da UFRJ principalmente por permitir que os alunos pudessem atender sozinhos, embora haja relatos de clínicas onde a falta de espaço físico prejudica qualitativamente esta experiência. Embora seja relatada a natural insegurança de iniciar sua vida clínica com maior grau de autonomia, trata-se de momento muito aguardado.

“[...] enfim começou o meu tão esperado e ao mesmo tempo tão temido internato, no dia 17 de julho. Uma mistura de ansiedade, animação e desespero definem bem como me senti nessa primeira semana” (Marília, S1)

“Diferentemente daquele primeiro contato que havia tido na CFLG [disciplina na APS no 3º período], notei que as cobranças e responsabilidades do aluno seriam muito maiores e condizentes com o que havia esperado para a posição do interno na equipe.” (Lucas, S1)

O ganho de *responsabilidade* pelos estudantes é a pedra angular deste tema. O sentir-se médico desde as primeiras semanas é construído sobre a confiança que pacientes e equipes depositam neles, para realizar consultas, seguir seu próprio caminho no raciocínio clínico e na tomada de decisões - em outras palavras, se sentiram respeitados pelas equipes e seus preceptores:

“Foi a primeira vez que eu atendi sozinho no decorrer da faculdade e foi uma experiência muito boa. Em semanas, ganhei a confiança e a experiência que 5 anos de aulas não conseguiram me prover.” (Raul, RF)

A cultura autoritária da formação médica^{207,208} contrastou com a horizontalidade, e, acima de tudo, com o respeito com que os estudantes foram tratados. Suas experiências de estagiar em um ambiente mais acolhedor são relatadas com frequência como surpresas positivas. O primeiro ponto foi o acolhimento, seja do estágio no primeiro dia - criticado por

alguns como maçante e dispensável, seja das equipes, ressaltados positivamente por todos. Ser admitido como membro de uma equipe de saúde foi um rito marcante em todos os relatos. Como destacou Nina, para quem o acolhimento pelas equipes foi “*a alma da rodada*”, que disputavam os internos em um leilão lúdico: “*Foi a primeira vez em toda a faculdade em que não me senti um peso para o serviço*” (RF). De forma minoritária, houve uma experiência muito tensa, com desdobramentos negativos para o aprendiz. O interno Lucas preferiu circunscrever este fato à sua má relação com o preceptor, ressaltando a importância da equipe para sua formação.

“Tereza já entrou no consultório com uma postura de insatisfação por não estar sendo atendida pelo Dr. Angelim e sim por uma aluna. Me apresentei e expliquei que passaria o caso para o Angelim depois, mas mesmo assim ela não ficou satisfeita. Enquanto ela contava que a filha havia sido picada por um inseto e mostrava a reação alérgica que a picada tinha causado na mão da criança, fez vários comentários mostrando sua insatisfação. Respirei fundo, mantive a calma e busquei ser a mais educada possível” (Marília, S10)

“[...] disse que não ia querer se tratar do HIV aqui na unidade porque era cheia de alunos, principalmente. Achei aquilo engraçado e perguntei a ele: “O senhor sabe que sou aluno, não sabe? Acha que está sendo mal atendido?” e a partir disso conversamos sobre esse assunto e falei sobre toda nossa equipe para ele, explicando que todos estávamos à disposição e que o diagnóstico dele era sigiloso.” (Gustavo S7)

Outra diferença com a formação intramuros é trazida por William. Para ele, sua experiência pregressa no HUCFF, onde se sentia um “*espectador algo desinformado*” contrastou com a de sua clínica, onde os internos são “*realmente parte integrante do serviço*”. Esta primeira impressão se espalhou durante o estágio, como na 11ª semana, ao comparar o matriciamento de dermatologia com um ambulatório no Hospital Universitário onde leva seu paciente. Seu relato transmite senso de dever profissional (ajudar seus pacientes a ter cuidado de alta qualidade no SUS) e por um novo papel, da prática da MCP:

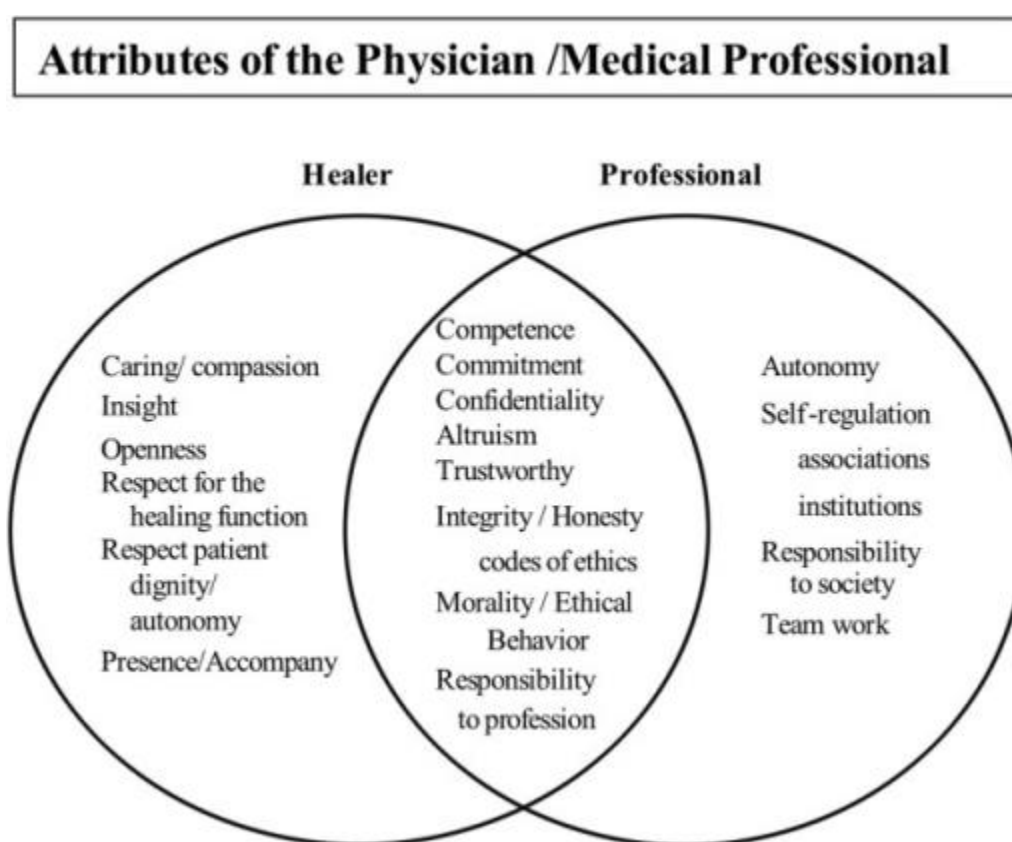
“Fico feliz de estar adquirindo maior sensibilidade à questão de informar o paciente, fazer com que ele entenda toda a ciência que discutimos na sua frente e possa, assim, estar mais integrado ao seu tratamento. Enquanto tudo que descrevi acima (o atendimento no HU), ocorreu em cerca de 4 horas, esclarecer a paciente foi o que me tomou menos tempo (em torno de 10 minutos) e tenho certeza que fará toda a diferença na adesão aos 12 meses de tratamento”

Esta sensação gradual de conforto na cadeira do consultório não se fez sem algum sofrimento. Marília entendeu que, embora se sentisse “*incapaz e insegura*”, percebeu seu próprio crescimento depois de enfrentar uma manhã atendendo só. Na 7ª semana, no que descreve como fruto de seu vínculo com o paciente, pode fazer um procedimento:

“Mas o que eu mais fiquei feliz foi por o paciente ter vindo à consulta para que eu pudesse fazer o procedimento, sabendo que eu sou acadêmica. Na minha concepção, o processo de deixar outra pessoa ‘mexer’ no seu corpo exige uma relação de confiança, e ver que eu e o paciente conseguimos estabelecer essa relação, logo na primeira consulta, me deixou realizada”

Selecionei as narrativas dos casos atendidos por estes dois internos para exemplificar como se formam as identidades profissionais valorizando os dois atributos fundamentais da medicina: o curador (*healer*) e o profissional²⁰¹:

Figura 8 - Atributos do Curador e do Profissional*



*“Os atributos tradicionalmente associados ao curador são exibidos no círculo da esquerda os atribuídos ao profissional estão à direita. Há atributos exclusivos de cada papel. Aqueles atributos compartilhados com ambos estão na área de intersecção dos círculos. A lista de atributos foi extraída da literatura sobre cura e profissionalismo”²⁰¹.

Fonte: referência 201.

Na experiência de tornar-se a pessoa responsável pelo manejo médico de pacientes reais, Marília valoriza seu papel como a curadora: preza pelo fortalecimento de sua relação, pelo reconhecimento de sua importância afetiva nas relações e pelo respeito à dignidade dos pacientes. Já William valoriza colocar em prática de forma autônoma, os conhecimentos

teóricos aprendidos no curso, *em proveito dos pacientes* - seu diário de campo, comparado com Marília, ressalta os diagnósticos raros em oposição à banalidade dos diagnósticos frequentes e o desafio biomédico do manejo de uma paciente com multimorbidade. Para ambos, o amadurecimento profissional durante o estágio teve a ver com a possibilidade de, autonomamente, evoluir não apenas nos campos que valorizam:

“[...] pouco a pouco foram me afetando e moldando meu comportamento, minha maneira de pensar, minha forma de agir e de me comunicar, aprimorando meus conhecimentos, construindo minha confiança, mostrando minhas falhas e minhas qualidades. Seria muito cômodo dizer que ‘entrei em contato com uma forma completamente nova de medicina’ ou que ‘passei a enxergar o paciente de forma diferente’, ou qualquer outra frase que se refira aos valores da MFC como algo novo para mim, porém não seria real. Sempre estive em contato com esses ideais, fazem parte da minha personalidade, da minha forma de pensar, estiveram presentes na minha criação e, por sorte, pude encontrar professores na minha graduação que fizeram questão de reforçá-los.” (William, RF)

Neste relato, estão sintetizadas algumas das competências apontadas em recente proposta de matriz para o profissionalismo médico: competência técnica, reflexividade, habilidades de comunicação, responsabilidade social e compromisso ético²⁰².

No cômputo final, os internos associaram a liberdade para atender sós como um dos grandes pontos do internato, e as críticas se direcionaram à falta de infraestrutura dos serviços em possibilitar oferta permanente de consultórios para todos. A angústia que os acompanha teve muito da preocupação de *ser um bom profissional e não fazer mal aos pacientes*, integrando os atributos curador (*healer*) e profissional. O papel da preceptoria, da supervisão, da interação com residentes e enfermeiros os ajudou a construir autoconfiança nesta etapa crucial do tornar-se médico:

“Destaco aqui neste relatório final ainda o papel dos preceptores e supervisores na nossa formação. A atenção e o compromisso com o nosso aprendizado dessas pessoas merece ser evidenciado porque sem elas a fixação do conteúdo clínico a cada encontro com pacientes, a condução da consulta centrada na pessoa, a construção da autocrítica, o amadurecimento das perspectivas e frustrações profissionais seria incipiente ou inexistente” (Nina, RF)

“Aos meus residentes maravilhosos (Camila e Rafael), obrigado por permitirem que eu fizesse parte da construção do conhecimento de vocês e vocês do meu. (Gustavo, RF)

O aprendizado com pacientes reais é parte do cotidiano das escolas médicas brasileiras, porém existe uma grande discussão sobre o valor das estratégias de simulação na educação médica em detrimento do aprendizado em cenários reais. A crescente literatura sobre o tema mostra vantagens cognitivas, de habilidades, e, para o que nos interessa neste tópico, para o amadurecimento profissional dos estudantes, que relatam ganho de autonomia,

em processo de conexão com o contexto cultural e familiar dos pacientes.^{120,121}. Em outras palavras, estudantes de medicina aprendem dos, com e sobre os pacientes⁹. Os internos dão depoimentos preciosos neste sentido:

“Sinto que lá [CAPS e Consultório na Rua] os pacientes me ensinaram mais do que qualquer profissional”. (Leila, RF)

“Longe do mar de romantismo e necessidade de gestação a que elas são submetidas desde a infância, certamente há muitas histórias de sofrimentos como as relatadas aqui. Como futuro profissional de saúde, agradeço a elas pela oportunidade de aprendizado profundo, da qual talvez nunca saibam” (Jean, S2)

Considerar o aprendizado centrado no paciente, não pode ser confundido com a ensino de métodos clínicos centrados na pessoa do professor para o estudante⁹. As narrativas acima, somando-se às que explicitaram momentos de colaboração na produção de cuidado, quando os estudantes compartilharam decisões terapêuticas com os pacientes, corrobora a seguinte proposta: “Desejamos defender um novo tipo de educação médica centrada no paciente, onde a relação entre o aluno e o paciente se torna muito mais importante e ativa, e o educador clínico desempenha um papel de apoio, mas não central⁹” (p. 191, tradução nossa). Alguns destes momentos críticos e marcantes foram verdadeiros aceleradores do amadurecimento dos futuros médicos.

8.2 CUIDANDO DE CASOS MEMORÁVEIS

O vídeo sobre o paciente necessitado de transplante de fígado, no grupo focal de entrada, provocou debates acalorados. Foi um disparador preciso de um certo despreparo dos internos frente a uma situação sem resposta exata - ou, mais ainda, uma situação com muitas questões possíveis. Os diários analisados registram, ao menos uma vez, situação semelhante, geralmente com envolvimento longitudinal do interno com o caso. São comumente referidas como consultas “memoráveis”²⁰⁹, “sagradas”²¹⁰ ou “situações desafiantes”²⁰⁵. Foram casos atendidos pelos internos em que dificuldades diagnósticas, de manejo, de choque de valores, de complexidade social se sobrepuseram, transformando o caso num desafio que os levou a extremos de insatisfação, frustração, cansaço. Esta interna expunha sua experiência com um usuário com ideações suicidas muito prevalentes. Em desespero, procurou a residente da equipe:

“Aí fui falar com essa residente, que é uma residente que eu confio muito e ela tem uma sensibilidade muito grande e eu contei toda a história para ela e falei: a gente deixou ele ir embora e ele falou que tá com a corda pendurada. E aí o residente já não acha mais que tem de levar em consideração o que ele fala. Ela falou assim: Jaqueline, você já ligou para o filho dele e falou sobre toda essa situação? Falei: falei. Você não deu um atestado para o filho dele ficar em casa cuidando dele, mas o filho dele não quis ficar? falei: dei. Então você fez tudo que estava ao seu alcance. Você ofereceu uma vaga zero, ele ameaçou vocês, não tem como você forçar ele, ele tem uma mulher... vai pra casa tranquila e se acontecer qualquer coisa com ele, não foi sua responsabilidade. Você conversou com ele com todo carinho, com todo amor, você fez o que pôde e aí realmente, a gente tem um limite.” (EM, GF7)

Nos diários de campo e nos grupos focais, as situações-limite ou desafiantes foram bastante diversas: casos de sofrimento mental grave associados a violência intrafamiliar (em especial contra mulheres); idosos com múltiplas patologias, polifarmácia e isolamento social; pessoas que saíam e voltavam à situação de rua, com uso problemático de substâncias psicoativas; pessoas com transtornos mentais graves e com baixa adesão ao tratamento; dar notícias de doenças graves e possivelmente incuráveis. Estes temas são frequentemente abordados nas grades curriculares de graduação sobre profissionalismos²¹¹. Escolhi situações trazidas por três alunos para ilustrar como o amadurecimento da identidade profissional se deu na lida com estas situações-limite. A escolha de um caso grupos vulneráveis/oprimidos foi intencional (mulher negra e LGBT), buscando preencher a lacuna de temas como raça, gênero e status socioeconômico nos estudos sobre formação da identidade profissional²¹².

Relembremos que Nina é uma interna negra e lésbica, militante destas causas. A enfermeira Catarina vinha sendo dos seus grandes modelos, a quem sublinhou admiração por sua sensibilidade e competência comunicativa. Esta relação mudou radicalmente na 14ª semana, quando atenderam juntas a puérpera Bianca e seu filho recém-nascido Arquimedes. Para Nina, *“uma das consultas mais difíceis que já fiz”*.

Bianca é uma mulher lésbica e vive com sua companheira. Durante o pré-natal, não quis a presença do pai, e as circunstâncias da gravidez nunca ficaram explícitas para a equipe. Arquimedes nasceu com microcefalia, por provável síndrome congênita da Zika - e, para agravar a situação, Bianca estava sem a Declaração de Nascido Vivo do bebê. Disse ter sido roubada. Esta situação fez a enfermeira Catarina “bancar a detetive” e iniciar uma investigação para descobrir se aquela criança teria sido roubada.

Perplexa e revoltada, Nina enumerou uma série de procedimentos que nunca via visto Catarina fazer em uma consulta rotineira de puerpério: a realização do exame ginecológico, feito somente se a mulher relata sintomas; a expressão do mamilo para ver se havia leite - que “esguichou”; sua própria postura de não conseguir ser membro da equipe de saúde, congelada, apenas empática e profundamente conectada com a paciente que sofria uma violência.

Durante a consulta, sequer conseguiu constatar que os estigmas clínicos do puerpério - tubérculos de Montgomery engorgitados, aréola secundária, linha nigra - estavam presentes e comprovariam sua condição. Sentiu-se impotente e quis voltar no tempo, para fazer a consulta sem Catarina, para oferecer um ambiente acolhedor para cuidar deste *binômio*.

Nina refletiu sobre a complexidade do caso: havia possibilidade de violência sexual, adoção ilegal, ou mesmo de Bianca ter engravidado de algum conhecido, que queria colaborar com este desejo. Colocando seus sentimentos de lado, Nina buscou dialogar com seu modelo:

“Qual a probabilidade de as outras situações citadas serem o que aconteceu? Enquanto mulher lésbica e pelos relatos que recebo de outras lésbicas como eu, diria que a chance maior é que uma das outras situações seja o que está acontecendo. Contudo, o absurdo é a gente não acreditar nem por um segundo no que ela contou! A probabilidade maior é, na minha opinião, que Bianca seja a mãe de Arquimedes! A gente não devia ter abordado essa mulher dessa forma. A gente atirou antes de saber. [...] a despeito das probabilidades, seguimos um pensamento baseado num preconceito”

Jean acompanhou um jovem de 12 anos ao longo de semanas. Não houve nenhuma demanda do paciente ou da família. A equipe passou a frequentar a casa de Ismael após a ACS relatar que ele abandonou a escola porque sofria bullying - estava acima do peso. Jean foi descobrindo que ele passava cada vez mais tempo jogando videogame e, no discurso, confundia o mundo dos games e sua própria realidade. O interno tomou o caso para si: visitava-o semanalmente, tentava conversar com ele, foi a escola para conversar com professores e diretora (e com esta articulou uma vaga para o ano seguinte), trouxe o caso para a supervisão de saúde mental (em que se decidiu por iniciar medicação antipsicótica), refletiu com o preceptor sobre como estava culpabilizando a mãe pela situação do jovem. Acreditava estar em um bom caminho:

“[...] estou satisfeito com nosso empenho em ajudá-lo, mesmo que nem sempre pelas razões corretas. Estou otimista quanto a algum progresso, que eu gostaria de ver ainda esse ano, nem que seja um retorno gradual à escola ou a introdução da medicação antipsicótica, especialmente baseada na sintomatologia mais recente. Vê-lo melhorar, retornar à escola e se preocupar menos com a autoimagem, certamente, massagearia nosso ego. Quando foi mesmo que o caso deixou de ser para ajudar o usuário e passou a ser para ajudar minha honra profissional? ” (S11)

Ter sido tema recorrente de suas reflexões semanais permitiram a Jean pensar no seu papel como profissional: aluno aplicado, procurou negociar o plano de acordo com os princípios da Medicina Centrada na Pessoa; como futuro psiquiatra, ser útil no manejo de um jovem psicótico passou a ser uma questão de honra, até em oposição ao seu papel de cuidador. Mas seguiu adiante: explicou a ação farmacológica da risperidona prescrita, os efeitos

adversos, entre eles engordar. A realidade do delírio do paciente - estar anormalmente acima do peso - entrou em choque com as aspirações do interno, e a mãe considerou que o jovem não aceitaria a medicação. Frustrou-se nas semanas próximas:

“Retornamos à casa dele na última semana: ‘Eu não dei o remédio a ele’, sua mãe contou. Nesse momento, o otimismo desmoronou. A não adesão era um acontecimento possível, mas eu acreditava que ela fosse improvável. Isso se traduziu em mim num sentimento de consternação e de fracasso profissional. E só piorou quando eu perguntei por que ela não deu a medicação: ‘Eu acho que ele não precisa desse remédio não. Em vista do que ele estava, ele está muito melhor agora. [...] eu tinha medo de que ele ficasse viciado, mas, como ele está melhor, o remédio não vai ser necessário’” (S13)

O senso profissional de Jean é rígido: tolera pouco a incerteza, o que lhe fez descartar MFC como carreira; sua imagem profissional de sucesso reside em uma certa fantasia de que a ciência é um ordenador racional do mundo do cuidado (como em seu esforço de “ensinar” a farmacologia da risperidona à mãe do paciente), em detrimento da experiência da doença (o medo do paciente ficar “viciado”). Deseja ser um profissional *“competente e dedicado”*, em que o primeiro diz respeito ao fundamento cognitivo biomédico, e o segundo resida nos aspectos relacionais. Teve muita dificuldade em integrá-los.

Embora seja bastante atento a seus afetos e como se relacionam com suas relações com pacientes, ele encontra dificuldade de entender que o vínculo que fez com a família foi terapêutico: o paciente se sentia melhor com as visitas - embora desejasse maior intervalo entre elas - e a própria mãe gostava da presença dele. Neste sentido, a sensação de fracasso profissional frente um caso complexo pôde, ao menos, ser mediada pela reflexão e pela supervisão. Talvez entender os atributos fundamentais do profissionalismo pudessem o ajudar a entender o caso de outra forma.

Por fim, Gustavo atendeu Mascarenhas, idoso com diagnóstico inicial de tuberculose miliar que não havia aderido ao tratamento por não entender o que estava acontecendo. Gustavo adotou o caso, explicou o diagnóstico e o plano de tratamento. Nas semanas seguintes, o paciente voltaria com tosse e dispneia preocupantes, além de radiografia com padrão estranho, interpretado como pneumonia. Por estar grave, Mascarenhas foi encaminhado a UPA, que somente prescreveu antibiótico, quando a equipe esperava que ficasse internado - o que o paciente não desejava, pois iria visitar a filha que mora em outro país em poucas semanas; imaginava que o tratamento para tuberculose seria em isolamento hospitalar.

Novamente encaminhado ao hospital, Mascarenhas foi diagnosticado com uma doença grave, Fibrose Pulmonar. Gustavo acreditou que o diagnóstico não foi feito em condições adequadas. Mascarenhas piora e a mulher passa a trazer notícias:

“Está péssimo Dr, quando contaram pra ele da fibrose, disseram que ele continuará sentindo essa falta de ar para sempre. Ele está arrasado” (S6).

Diante das notícias de que ele seria submetido a provas tidas como desnecessárias, Gustavo se perguntou:

“Fico pensando no que fazer. Uma carta para o hospital? Ir até lá e conversar com médico? (S7)

Gustavo não coloca em prática nenhuma de suas ideias, e, nas semanas seguintes, Mascarenhas decai gradativamente. Como em um boletim médico, cada diário de campo trazia um novo marco de gravidade: coma induzido, sepse, ventilação mecânica, acidente vascular encefálico, insuficiência renal aguda. Ao narrar como recebeu a morte de seu paciente, Gustavo põe em relevo a própria consternação:

“Que notícia triste e inesperada. Estava acompanhado minha R2 nos atendimentos quando a esposa Cleuza bateu à porta e disse: ‘Só queria avisar pra vocês que pode dar baixa aí no sistema porque ele não saiu dessa não’. Naquele momento eu fiquei em choque, não sabia o que dizer e creio que Cleuza percebeu isso e me deu um abraço muito apertado. Fizemos tudo que estava ao nosso alcance, infelizmente Mascarenhas se foi. Uma pergunta que queria deixar é: a gente se acostuma a perder vidas? Será que existe alguma formula pra isso? É claro que não quero comparar a minha perda com a perda da família, mas era uma pessoa querida, entendem? Eu o via toda semana, toda segunda – feira à tarde era dia de ver sr. Mascarenhas e agora não mais.” (S16)

A morte não trouxe o fim da relação com Mascarenhas e sua família. As reflexões de Gustavo, pontuadas de dúvidas frente as possibilidades diagnósticas, terapêuticas, da relação com os pacientes e com outros profissionais e, por fim, diante da morte, se prolongam quando a família lhe busca para “trabalhar o luto”:

“Achei aquilo triste, mas fantástico, pois é incrível como a população deposita expectativas nas nossas competências [...] na prática é tudo muito difícil. Ter a empatia é fácil, intrínseco, mas demonstrar pode ser difícil. Será que as minhas palavras surtirão efeito? Será que eu vou ajudar ou atrapalhar? Ela quer ouvir sobre como foi melhor ele ter morrido do que continuar vivendo naquelas condições ou quer que eu diga outra coisa? É muito complicado lidar com a dor do outro, temos sempre que tomar cuidado em não ‘desvalorizar’ ou ‘banalizar’ o sofrimento alheio, mas, ao mesmo tempo, temos que ser o suporte que ajude a pessoa a se reerguer.” (S20)

Gustavo termina seu diário de campo e seu relatório sem retomar estas indagações. No entanto, ao acompanhar o agravamento de uma condição clínica e apoiar a esposa em todas as etapas do cuidado que culminaram na morte do paciente, Gustavo sofreu, mas buscou, com a preceptora, tomar as condutas certas e ter as portas abertas para acolher o luto.

Nos três casos, os internos mergulharam de cabeça como integrantes da equipe de cuidado, seja questionando a colega, seja se questionando, seja estando diante da finitude da vida, este grande tabu para os médicos. Nos três casos, os internos se viram diante de dilemas na formação de sua identidade profissional: o futuro psiquiatra que não consegue a adesão de um jovem psicótico, ou a mulher-médica que não consegue defender uma paciente frente a uma agressão atravessada pelo machismo e homofobia, um *cuidador* que não sabe o que fazer diante da morte. Nos três casos, havia profissionais que, por seu modelo, participaram da modelagem da visão destes estudantes frente a situações-limite.

A extensa literatura sobre os modelos para o aprendizado pode ser resumida: os modelos positivos em geral têm competência clínica sólida e grande investimento na relação com pacientes, e há processos em que a reflexão dos que podem revelar um currículo oculto positivo, em que valores morais positivos emergiram do amadurecimento *fronético*²¹³; no caso dos modelos negativos, costumam ser descritos como indiferentes aos pacientes, cínicos, impacientes e negligentes com estudantes²¹⁴.

Além disto, refletir ativamente e de forma supervisionada sobre os casos e sobre os modelos ajuda os estudantes a “construir uma visão compartilhada e construção conjunta de sentido” de sua prática profissional²¹³ (p. 84, tradução nossa). Nos três casos descritos, inclusive em que o modelo (enfermeira) teve papel muito criticado, os modelos foram pontos de apoio em que o enfrentamento da situação limite pode produzir aprendizado “fronético”. Boudreau, em avaliação da implementação de um currículo de ensino de profissionalismo na graduação médica, ressalta que o aspecto que mais saliente foi o aprendizado da sabedoria prática²¹¹:

[...] não está preocupado com uma busca dos meios ótimos para realizar um fim desejado; em vez disso, é uma busca pela melhor maneira de especificar um problema, isto é, a busca para identificar todos os fatores relevantes que trazem um problema. (p. 228, tradução nossa).

A ideia de que não há “meios ótimos”, caros à perspectiva positivista da educação hegemônica, causou algum estranhamento, em especial ao aprender com situações reais preñes de ambiguidade e incerteza. Em suas reflexões, os estudantes talvez não tenham

percebido que, mais que encontrar respostas, conseguiram fazer as perguntas certas, ao se questionar sobre suas identidades de médica militante, médico cognitivamente competente e médico cuidador.

Sua busca pela produção de sentido falou alto nestes momentos tão duros de aprendizado da prática profissional. Jean esteve na iminência de ressignificar a ideia de psiquiatra competente como alguém capaz de produzir escuta e cuidado, mas ficou preso à fracassada missão de estabilizar o delírio do paciente; Nina, quase envergonhada de sua omissão como militante e advogada da paciente, partiu do choque para entender as minúcias daquela agressão tão dolorida em seu pequeno universo clínico; Gustavo, que não estava preparado para enfrentar a morte de Mascarenhas, percebeu que seu papel de médico não havia sido concluído, e, caso tivesse continuado na clínica, teria uma viúva para ajudar a enfrentar o luto. Como relata Juliana, ter feito parte desta comunidade de práticas deixou tatuado em sua identidade o que é ser médica em uma realidade tão distinta do seu cotidiano:

“Dividimos [a interna com suas preceptoras] momentos preciosos durante toda a nossa vivência e refletimos profundamente sobre diversas questões. Compartilhamos nossos momentos de dúvida sobre qual caminho seguir, com determinados pacientes acompanhados na Clínica. Aprendemos juntos com cada caso compartilhado e vibramos juntos com cada vitória, mesmo que pequena. Essa troca de experiências se tornou fundamental para todo o processo de imersão nessa realidade, até então desconhecida por nós” (Juliana, RF)

8.3 “CANSAÇO QUE NÃO É SÓ DO CORPO”

“[...] só que eu acho que as vezes a gente coloca o médico muito como um herói, o médico e a equipe de saúde?” (EM GF7)

Este tema foi unânime: todos os diários de campo e todos os grupos focais de saída mencionaram cansaço, entre o significativo e o incapacitante. Estudar para a residência, fazer as tarefas domésticas, malhar, namorar ou mesmo fazer as refeições com frequência se interpunham diante das exigências do estágio. Antes de iniciar o internato, a fama de ser uma rodada exaustiva, com pouco tempo para cuidar de si e estudar para a residência ronda o imaginário dos internos. A cobrança da jornada de 32 horas semanais de estágio de forma rígida aparece como fato relevante. A frase que intitula a seção foi lavrada por Nina, quando em dúvidas se escolheria MFC como carreira devido ao desgaste que seu estágio lhe provocava.

Cansaço, burn-out, equilíbrio trabalho/vida são temas recorrentes na literatura sobre profissionalismo²¹⁴ e há um acúmulo de evidências que o problema remonta à graduação²¹⁵, inclusive no Brasil. Não faltam alusões à rotina massacrante do curso e o quanto estes valores estão arraigados na cultura da instituição médica:

“Nós formulamos cobranças excessivas ao longo do curso e construímos um ideal imaginário (e que hoje considero inverídico) de que, com quanto mais atividades nos envolvermos, melhores médicos seremos. Isso tem total relação com o ambiente competitivo da medicina, que já descrevi no diário previamente, e se baseia num conceito frustrado de “bom médico”, baseado em tecnicismos e certificados, que a vida acadêmica tanto estimula.” (Jean, S3)

“[...] a gente tem um semestre extremamente desgastante, tivemos um recesso de ano novo e a gente já tá aqui de novo. E não pagaremos mais, sabe-se lá por quanto tempo. Eu tenho certeza que a maioria aqui tá longe de tar descansada, eu sei que eu tou muito cansado e assim, a gente não para. Parece que nós somos induzidos a em algum momento termos algum problema” (EM, GF4)

Esta cultura da sobrecarga se associa no curso de Medicina da UFRJ, à abreviação das jornadas exigidas formalmente pelo internato; nas palavras menos eufêmicas de uma interna do Grupo Focal 6, é comum, em outras rodadas, “fraudar” o estágio ou “fugir” dele, muitas vezes com o beneplácito velado do corpo docente. A referência de Jean ao currículo oculto de seu curso veio após solicitar ao preceptor para não cumprir integralmente a carga horária do estágio, de forma a conciliar monitoria e estágio extracurricular, que lhe garantem bolsas de estudo, além de disciplina eletiva. O preceptor fez uma reflexão sobre como o não cumprimento integral da jornada contratada é das maiores críticas da sociedade aos médicos, em especial no SUS. Jean acolhe a ponderação, mas não deixa de registrar até o fim como as 42 horas semanais de assistência mais monitoria e disciplina eletiva tornaram o cotidiano extenuante. Alguns vestem a camisa do “quanto mais melhor”, como veremos adiante. Mas a maioria dos relatos descreve o estágio a cobrança por cumprimento da jornada como um ponto fora da curva do internato.

Um dos pontos quase cegos das narrativas é justamente o currículo oculto. Ao cotejar minha experiência como professor, em que acolho muitos relatos de cotidiano de muito desgaste com todo o ciclo de preparação para a residência (cursos para as provas, jornadas extensas de estudos, clima de competição e desconfiança), com a pequena importância sobre este momento nos relatos, me chamou a atenção como a temática do cansaço no estágio evocou muito pouco o momento pré prova de residência.

A elevada carga assistencial, dos temas mais destacados pelos alunos, foi identificada em estudo brasileiro como prejudicial à formação da identidade profissional de internos, em especial em contexto de pouca capacidade reflexiva²¹⁷. Como a Reforma da APS carioca

preconiza o acesso como um dos pilares do modelo assistencial, via de regra as CFs onde acontece o internato costumam levar este princípio às últimas consequências: são valorizadas e colocadas em prática ferramentas de ampliação de absorção da demanda espontânea (como *acesso avançado ou acolhimento*).

Os internos que experienciaram estes arranjos assistenciais descrevem-nos como o mais intenso de toda a graduação. Raul, ao assumir a agenda do residente de férias, achou *“divertido e interessante”*, mas exaustivo (S8); Marília gostou da experiência de substituir o residente por uma manhã, mas prefere uma agenda protegida. William, no meio do estágio, aceitou o desafio de *“ser o médico”* - junto com um colega interno - de uma equipe sem médico, proposta feita pelo Responsável Técnico da clínica. Assumiu a responsabilidade com orgulho e, em seu balanço final, concluiu que foi experiência fundamental, mesmo tendo perdido dias de folga, refeições e horas de estudo, pois *“[...] nem isso conseguiu diminuir minha vontade de ajudar aquelas pessoas, nem de continuar aprendendo”* (RF). Esta não foi, certamente, uma experiência relatada pela maioria.

Em um dos relatos mais densos de atritos entre o interno e uma preceptora, Lucas se sente explorado e não encontra sentido pedagógico no trabalho que faz:

“Reconhecemos que somos internos e temos o direito de atendermos lentamente. Não somos funcionários gratuitos da clínica e não possuímos a obrigação de bater nenhuma meta de atendimento. (S10)”

Em geral, a sobrecarga assistencial foi vista mais do lado do sofrimento dos internos - e das equipes - que se queixaram de tempo reduzido para consultas, irritação de pacientes com a espera, necessidade de tomar decisões em contexto de pressão. No entanto, alguns relataram a importância do acesso aberto para a assistência da população - atributo essencial da APS e para o aprendizado. A mensagem que prevaleceu é que o equilíbrio e o dimensionamento adequado da população atendida devem ser as chaves para um ambiente assistencial saudável:

“[...] eu tava numa clínica com estrutura excelente, profissionais excelentes, acesso avançado [...] isso não é sorte, é só o direito do cidadão” (EM, GF7)”

“O número de pacientes atendidos diariamente também é assustador [mas] reduzir o número de atendimentos implica insatisfação na população e menos demandas acolhidas, porém realizar consultas rapidamente pode prover cuidado inadequado. A solução mais lógica seria ampliar a clínica e seu corpo técnico” (William, RF)”

O grande envolvimento dos internos com casos descritos certa vez como *“bisonhos”* acrescentam grande carga de desgaste emocional. Podem ter sido vistos no dia a dia e

discutidos com profundidade nas reuniões de equipe, onde ACSs trazem informações ainda mais chocantes: violência doméstica, isolamento, pobreza extrema. Esta aluna “leva os casos para casa”, não descansa, inflando o ciclo vicioso do cansaço. Sem dúvida, o cenário intenso em sofrimento social aumenta a carga emocional de internos, mas é o atributo da *longitudinalidade* que mais pareceu contribuir para este aspecto do cansaço:

“[...] a gente fica levando coisa do consultório para casa, você começa a sofrer... o que você não fez e o que você fez não foi nada e o que adianta você deixar a porta aberta para uma criança de 13 anos que você sabe que foi estuprada pelo pai desde os 6, [...] não tem para onde encaminhar a menina para o psicólogo, tu faz uma psicologia tabajara com a menina toda semana e deixa a porta aberta para ela vir... e o que isso tá adiantando? eu vou tocar na ferida dela? não vou saber segurar a marimba... sabe? e aí tu vai para casa com isso.” (EM, GF6)

É quando a imagem profissional do MFC entra no jogo. De um lado, a admiração pelas tecnologias da medicina centrada na pessoa, por seus compromissos sociais e com seus pacientes. A APS foi vista como lócus de desgaste específico. Seja pela complexidade da clínica (*“O médico de família ultrapassa de uma forma absurda a quantidade de decisões que um ser humano é capaz de tomar durante o dia”* EM, GF 6), seja pelo sofrimento social, muitos internos não conseguem se enxergar neste cenário:

“[...] nós ficamos seis meses; e quem trabalha com isso o ano inteiro ou faz a residência durante dois anos ou quem [...] está lá há dez anos? ” (EH, GF 8)

O desgaste e o cansaço no campo da APS trazem à tona uma contradição: se o cuidado é centrado nas pessoas, porque aprendizes e profissionais sofrem tanto? Mais uma vez, os modelos foram decisivos para moldar as identidades que internos vão construindo em meio às experiências de sofrimento:

“[...] eu absorvo muito as coisas que as pessoas traziam para mim e ficava muito angustiado, eu chegava para minha preceptora assim: Ruth, pelo amor de Deus me ajuda... porque eu não sei lidar, não sei resolver essas coisas não sei lidar com as pessoas que sentam na cadeira do meu consultório e começam a chorar loucamente porque está muito depressiva. O que eu falo para essa pessoa? paciente que vem no dia seguinte da consulta, que a esposa faleceu e eles eram casados há 40 anos, o que eu falo para esse viúvo? vamos chorar junto. É o que eu posso fazer.” (EM, GF6)

“[...] lá na clínica eu vi um burnout na minha frente, de uma médica e eu tive, não foi publicamente, mas tinha época que eu ia para a clínica chorando todos os dias porque sofri muita coisa e não tinha a quem procurar e a gente fica nessa coisa: medicina de família, o paciente em primeiro lugar e a gente?” (EH, GF7)

Por fim, a questão do interno como ser humano. Como a impossibilidade de fazer atividades “fora da medicina” provocaram crises em muitas narrativas. A frase de uma aluna (“*eu preciso deixar de ser o que sou para ser médica?* ”) resume o ponto. Equilíbrio entre cuidado com pacientes e autocuidado, horas dedicadas ao estudo e horas dedicadas à assistência e horas dedicadas ao lazer, e finalmente, o tempo dedicado ao curso e o dedicado às atividades sociais são elementos que moldam a identidade profissional:

“[...] *fora da clínica você tem uma vida, você é um ser humano. Você não é o herói que vai tomar porrada. Você é um ser ainda em construção, nem médica ainda sou, eu tenho muito problema na minha vida.* ” (EM, GF7)

Ressoando a imagem aludida por Jean - médico competente é o que acumula tarefas - há muitas referências ao sentimento de desvalorização. Muitos dizem respeito a elementos do cotidiano de serviço citados, mas, em virtude do espaço aberto nas supervisões, os estudantes usaram diários de campo para se queixar da coordenação da disciplina. Ressaltando a diferença com outros momentos do curso, em que não se sentem à vontade para criticar, muitos estudantes relataram em seus diários de campo insatisfação com a carga horária de 32h/semanais, tida como excessiva, bem como a plethora de tarefas (diários de campo, preparo de sessões clínicas), ambas situações inexistentes em outros estágios, o que demonstra como o estágio, embora tenha metodologias de ensino não-tradicionais, ainda está arraigado na cultura da sobrecarga. Resgato o tema do *tempo da Medicina de Família* da seção 6 e relaciono com o cansaço relatado pelos estudantes, e imagino que, concordando com a assertiva abaixo, reconhecer – e elaborar – a densidade dos encontros clínicos pode ser um caminho para compreender a consulta como ato médico produtor de sentido.

Mas em alguns dos meus encontros, o tempo flui de maneira diferente. Isso acontece mais comumente quando pacientes e eu compartilhamos histórias sobre o doce e o engraçado dentro do mundano e trivial; rir, chorar e relacionar-se com os eventos do outro; construir grandes teorias do mundo; descubra medos comuns e gostos comuns. Quando estamos juntos, é como se novas leis da física se aplicassem. Nesses momentos, a experiência de alguma forma se desacopla do tempo que deveria levar para tê-la. Em vez de avançar, o tempo fica mais denso. No meio disso, o paciente e o clínico observam todos os outros e, no momento certo, surgem as possibilidades de cuidado. Há uma certa intemporalidade para cuidar²¹⁷ (tradução nossa).

8.4 FAZER PARTE DE UMA EQUIPE: “IMAGINA VOCÊ SOZINHO NO SEU CONSULTÓRIO?”

A identidade profissional médica é historicamente modulada pela imagem do “profissional liberal”, embora as bases materiais para tal venham sendo corroídas^{37,38,167}. Isto se reflete nos desafios do médico se integrar ao trabalho em equipe²⁰². Posto isto, me surpreendi por quão importante foi o senso de pertencimento a uma equipe nas narrativas estudadas:

“Porque a gente foi imerso completamente nas equipes, a gente precisou também criar um vínculo com os usuários das equipes.” (EH, GF10)

Em alguns diários de campo, os internos registraram no cabeçalho a equipe a que pertenciam, juntamente com o nome da clínica e da universidade. Para Nina, o acolhimento pelas equipes foi a “*alma da rodada*”. Em alguns lugares, a escolha das equipes foi um rito de iniciação do estágio: há certa expectativa, disputa das equipes pelos internos e vice-versa; e o perfil da população foi fator determinante para muitos:

“Escolhi a Equipe Farina por esta ser a responsável pela cobertura de um território mais vulnerável do Morro do Dharavi, onde teria a oportunidade de conviver de forma mais próxima com uma realidade bem distante da minha” (Juliana, RF)

Foi comum os estudantes se referirem à equipe como “minha equipe”. Este *esprit de corps* foi fundamental para o interno se ancorar no cotidiano do trabalho e moldar a visão de si como futuro profissional:

“Senti-me parte da Equipe São Roque, senti que fiz alguma diferença no funcionamento dos atendimentos, que aprendi muito com todos eles e pude contribuir com o que ainda está recente em minha mente de graduando. Mais que isso tudo, fiz amigos, e o reconhecimento público carinhoso e clichê dos tempos contemporâneos veio através de uma postagem na página do Facebook da equipe (Jean, RF)

Os grupos focais de saída acentuam uma mudança na visão do cuidado. Na entrada, já existe o entendimento de que o cuidado é feito por uma equipe multiprofissional. Muitos se recordam da experiência mais breve da disciplina do 3º período (Atenção Integral à Saúde), em que os estudantes vivenciam por uma manhã, semanalmente, o cotidiano de uma clínica da família. No entanto, o papel das equipes é visto de forma mais distante, abstrata, menos corporificada:

“[...] na verdade eu não participei, mas eu ouvi, [...] [o cuidado na APS] é feito pela equipe de saúde de lá então é uma coisa mais intimista” (EH, GF2)

Após participarem do cotidiano dos serviços de saúde, as menções a equipe partem das experiências concretas com as quais se engajam: casos atendidos, discussões de processo de trabalho, projetos terapêuticos em equipe, aprendendo ao se tornarem parte, ainda que de forma temporária, da comunidade de prática da APS. No conjunto dos relatos, as equipes multiprofissionais apareceram de forma bastante significativa como *loci* legítimos da produção de cuidado e de aprendizado. Isto foi particularmente importante por desafiar duas noções muito prevalentes na educação médica: de um lado, a centralidade da autonomia profissional médica²¹⁸, que se desdobra na virtual exclusividade do profissional de núcleo como educador clínico do curso de medicina²¹⁹; de outro lado, a centralidade do aprendizado de competências individuais em um cenário que as transformações das práticas de saúde demandam o aprendizado de competências coletivas¹¹¹:

“Esse é o legal da equipe [...] tem pessoas diferentes e pontos de vista diferentes conversando para tentar chegar numa solução [...]. Essa é uma parte que pelo menos eu vivenciei essas 22 semanas, que a gente troca muito, tem vários profissionais diferentes na mesma equipe, é muito melhor, imagina você sozinho dentro do seu consultório?” (EM, GF6)

Ao tornar-se parte de uma equipe de saúde, os internos experimentam na prática o aprendizado da cognição distribuída, ou seja, que não é “possuída” por indivíduos agrupados, mas que é produzida e reproduzida de forma coletiva. Em um sistema de atividade, como uma equipe de saúde da família, isto se dá pelo desenvolvimento e compartilhamento de um corpo de conhecimentos tácitos, orientados para a um fim¹¹¹. No caso acima, as soluções para os casos atendidos. Nas oportunidades valiosas de aprendizado com outros núcleos profissionais, os estudantes destacam o aprendizado explícito de habilidades por vezes difíceis de serem incorporadas à prática, como a escuta terapêutica aprendida com profissionais do CAPS, e de diferentes paradigmas de produção de cuidado. Se formos mais detalhistas, uma interna nos fala da educação da atenção ou da sensibilidade a detalhes como linguagem e aspecto de um grupo particularmente vulnerável:

“[...] o médico ele vê muito a doença e a enfermagem vê o lado da saúde. A enfermagem tenta mostrar para gente que nem tudo é medicar” (EM, GF7)

“Aprendi [com o ACS Samuel do Consultório na Rua] sobre redução de danos, sobre a importância e assimilar a história e até mesmo a silhueta e prosódia daquelas pessoas que tem vidas itinerantes (Nina, RF)

Em meio a este processo fervilhante de aprendizado coletivo, uma bomba caiu sobre a APS do país: uma liminar judicial impediria os enfermeiros de executar diversos atos e procedimentos, sob a justificativa de serem privativos do médico. Não encontrei nenhuma narrativa corporativista, tão característica de parte expressiva da categoria médica, e destaco uma reflexão sobre o papel da categoria sob ataque, da perspectiva do SUS como direito:

"[...] fiquei muito aflita pois seria seu primeiro turno de consulta após a liminar da Justiça Federal que restringe a atividade da enfermagem no SUS. Quem conhece a atenção primária sabe a importância de termos um enfermeiro, em pleno exercício de sua capacidade, no dia-a-dia da Clínica e o quanto essa decisão vai de encontro com nossa luta diária para promover saúde aos nossos pacientes. É muito triste ver essa tentativa de reserva de mercado, que menospreza o trabalho de profissionais competentes e que só trará prejuízo à população." (Marília, S13)

Um analisador importante do aprendizado do trabalho coletivo foram os relatos sobre as reuniões de equipe. Na maior parte das narrativas, casos tidos como difíceis e complexos eram levados para as reuniões, e os vários pontos de vista enriqueciam a compreensão e o manejo da situação, o que parece refletir um clima de trabalho propício à prática colaborativa²²⁰. Além disso, eram momentos em que os internos se viam crescendo em importância como membros das equipes. Outras vezes, porém, o encontro era opaco: havia somente repasse de informes e de discussões burocráticas.

"[...] em apenas duas semanas eu já tinha condições de participar da reunião, visto que já conhecia alguns casos que estavam sendo discutidos por toda a equipe. [...] [é] momento extremamente importante, em que toda a equipe decide em conjunto as próximas condutas e a melhor forma de proceder cada caso, baseando-se na visão e percepção de cada profissional" (Carolina S2)

"[no CAPS] tinham assistentes sociais, tinham os psicólogos, os psiquiatras, e aí quem formava um vínculo maior com determinado paciente que tava internado lá era o responsável por seguir o cuidado desse paciente, então ele que via mais de perto, e tudo mais, e nas quintas-feiras, dia de reunião da equipe eles discutiam sobre esse paciente, e era, quem faziam as intervenções eram esse, esse profissional, que criou um vínculo maior com você." (EM, GF8)

"São discutidos assuntos administrativos, burocracias da secretaria de saúde e feitas muitas fofocas, com demasiada duração e uma substancial falta de objetividade." (Raul S2)

O contraste deste excerto de Raul com os demais sinaliza para uma dificuldade. Sua narrativa foi a que talvez mais tenha enfocado a saga da sua relação individual com os pacientes que atendeu, deixando a equipe em segundo plano. O questionamento de como integrar o interno de forma mais participativa na equipe quando isto não acontece sem estímulo de professores e preceptores. Como conheço em detalhes o processo de trabalho na equipe de Raul, e sei que é uma equipe desafiante, penso que o papel da equipe se torna ainda

mais decisivo neste contexto. Em muitas narrativas, as complexas relações dentro do mundo do trabalho se apresentaram de forma mais madura. Competências centrais para o trabalho em equipe, como manejo de tensões intrínsecas ao processo de trabalho foram aprendidas com todos as categoriais profissionais:

“ACS e enfermeira me ensinaram mais sobre como lidar com as dificuldades de relação dentro da equipe e por isso sou muito grato.” (Gustavo, RF)

“[...] eu entrei com uma visão muito romântica da saúde da família e ali eu caí na equipe que mais se desestruturou em toda a clínica. mas foi bom por um lado, conhecer também as falhas... como que são as oportunidades para você contornar as crises” (EH, GF6)

Seguindo a seara das dificuldades do processo de trabalho, os estudantes vivenciaram uma das principais contradições da Reforma da APS na cidade: as exigências por produtividade. Se por um lado, como vimos, a pressão assistencial exerce uma influência muito forte sobre a formação da identidade profissional, por outro lado o que pareceu aos estudantes uma distorção das metas de assistência foi sublinhada com crítica a dispositivos gerencialistas, em especial no que se refere às dificuldades dos ACS estarem mais presentes no território, fazendo eco ao aprendizado das necessidades da população favelada, que vimos na seção 5.

“O [ACS] Basílio reclamou do fato de passarem tanto tempo em visitas e terem um bom feedback dos pacientes atendidos, mas continuarem sendo cobrados pela gerência, com uma meta inalcançável. Ele disse que adora sua profissão mas se sente desvalorizado na clínica. Não foi o único a me dizer isso” (Leila, S17)

“[...] a Estratégia distanciou os ACSs da comunidade. Até aquela conversa, eu dispunha de poucas informações sobre o PACS, havia lido apenas poucos textos sobre o assunto. ‘Eu era feliz e não sabia! Fazíamos as coisas porque queríamos, não por sermos obrigados’, afirmou [a Agente de Saúde]. Ela contou que a sede do PACS [Programa dos Agentes Comunitários de Saúde] era uma ONG dentro da comunidade, com vínculo com o Ministério da Saúde (e não com a prefeitura). A equipe dispunha de muito mais que seis agentes, além do enfermeiro e do técnico de enfermagem. A vivência dentro do território era diária, executando os programas de promoção de saúde, não havia turnos de ‘acolhimento’ ou ‘apoio’ dentro de uma unidade de saúde que, para ela, são maléficis, por afastarem o agente da comunidade. ” (Jean, S9)

Por fim, e em conexão com o sofrimento vivenciado por alguns internos durante o estágio, muitos puderam vivenciar a equipe como um espaço onde foram cuidados. Alguns experimentaram usar o SUS como paciente (como Lucas, que conseguiu uma consulta de oftalmologia). De forma mais expressiva, a produção de afetos como solidariedade, atenção e empatia foram destacados como competências fundamentais para o médico como trabalhador

coletivo e que devem fazer parte do cotidiano do processo de trabalho, inclusive nas narrativas que o processo de trabalho desanda:

"Tive um problema pessoal no final de semana e cheguei na Clínica, na segunda de manhã, muito angustiada. [...] Não estava me sentindo bem e a cada consulta me sentia pior, porque ficava martelando na minha cabeça que não estava dando aos pacientes o atendimento que eles mereciam. Ao final da manhã, fui conversar com o Dr. Angelim e a Enfermeira Luísa sobre isso e recebi muito carinho em troca do meu desabafo. Depois da conversa, me senti muito melhor. Vi que às vezes tudo que precisamos é conversar sobre o que está nos incomodando e isso me ajudou muito a entender melhor os pacientes que nos procuram 'apenas' para conversar sobre os seus problemas." (Marília, S6)

"[...] tivemos um episódio de assédio moral em que o preceptor, informando que iria falar sobre nosso trabalho temático, nos trancou na sala de procedimentos e disse que iria "lavar a roupa suja" [...] Desde aquele dia, a paz e a boa convivência na minha equipe morreu. Eu e Carla nos sentimos totalmente coagidos e sem poder de fala e defesa (Lucas, RF)

Em síntese, o processo de formação prática no ambiente multiprofissional da APS evocou elementos novos e, a julgar pelas palavras dos estudantes, decisivos na formação de suas identidades profissionais. Aprendizado de conhecimento tácito, participação do cuidado clínico como atividade coletiva direcionada a um fim, aprendizado de habilidades e atitudes inesperadas, valorização dos demais núcleos profissionais como "educadores clínicos"⁹ e produção de afetos foram temas que emergiram e dialogam com a importância da formação interprofissional²¹⁹ como uma das chaves da qualificação dos médicos para um sistema de saúde democrático:

Para um médico, tal atividade criativa pode significar, então, alinhar identidades de diagnosticador, provedor de tratamento, orientador e cuidador ético (a identidade "profissional") com uma identidade "interprofissional" de membro da equipe ou colaborador, apoiador, conselheiro, mentor e educador. É importante ressaltar que o objeto do sistema de atividades fornece alguma coerência a essas identidades possivelmente díspares, nas quais tem um foco como "benefício do paciente"⁹(p. 78, tradução nossa).

8.5 EDUCAÇÃO MÉDICA COMO PRÁTICA DEMOCRÁTICA

Tenho reiterado o caráter autoritário característico da educação médica, e há várias menções veladas ou explícitas a este traço ao longo deste capítulo. Neste item, busquei reunir temas que mostram como os estudantes ao perceberem e reproduzirem valores democráticos, colocam-se no caminho da superação da tradição pedagógica médica. Neste tema, veremos como a defesa de processos participativos na disciplina, a importância do SUS como direito, o

controle social vivo no território, o combate ao machismo, ao racismo e a LGBTfobia se efetivaram. No caso do produtivismo tão peculiar à sociedade do cansaço²²¹, a conexão entre educação médica e democracia é evidente:

“Todos esses acontecimentos direcionaram minhas reflexões na lógica de cobranças e produtividade, típica das sociedades capitalista. Mais do que uma discussão político-ideológica, trata-se de um tema de educação médica, envolvendo uma parte importante do aprendizado: o bem-estar e a saúde mental do estudante de medicina” (Jean S3)

E de fato os estudantes ressaltaram seu desconforto com a “intransigência” (Jean) e processos verticais de imposição de certos processos de ensino-aprendizagem. No segundo semestre, a coordenação do internato determinou que haveria feedback de consultas videogravadas, o chamado *Problem based interviewing* (PBI), e que os alunos de todas as clínicas deveriam participar. Em três das clínicas, isto foi feito; em duas, houve muitos ruídos e uma resistência velada, molecular, que na prática retardou a implantação do PBI.

“Eu, particularmente, não fiquei muito confortável com essa situação, assim como vários outros internos da CF Adhemar e de outras clínicas em que essa atividade foi proposta. [...] Mas confesso que, da forma que nos foi proposta, não me sinto à vontade para participar do projeto. Foram várias as coisas que me incomodaram: primeiro, a forma como nos foi praticamente imposta essa atividade, sendo que a maioria dos internos se mostrou bastante desconfortável... nos foi afirmado que seria apenas voluntário, mas já está sendo feita pressão para gravarmos. Segundo que, desde que chegamos na Clínica, sempre nos foi oferecido gravar consultas e compartilharmos com nossos preceptores (que é com quem nos sentimos mais confortáveis e quem melhor nos avaliará) e, se quiséssemos, em sessões clínicas, mas sempre nos deixaram confortáveis para deixar a câmara gravando e depois escolher uma consulta que tivéssemos gostado mais para compartilhar (Marília, S7).

Ponto para os alunos, que fizeram valer sua resistência. De outro lado, na clínica em que estagiaram Nina e Leila, o PBI foi um momento celebrado como ferramenta inovadora de avaliação formativa:

“Pela tarde assistimos as consultas gravadas da Leila e do Haroldo. É bom ver que temos coisas a melhorar, mas também já crescemos muito nesse primeiro mês na clínica. Observar nossa postura, o jeito de falar, os sucessos e deslizes na comunicação, o exame físico, tudo aparece de outra forma quando estamos observando. O jeito como o professor Alexandre coloca as críticas é muito importante para que não nos sintamos acuados. O fato de nós internos nos conhecermos também facilita bastante no aspecto de segurança para expor nossas consultas” (Nina, S7)

Essa democracia do cotidiano deu lugar a processos mais macropolíticos naquele ano. Houve dois momentos marcantes na luta por condições de trabalho e em defesa do SUS: a greve geral de 28/4 – contra a proposta de Reforma Trabalhista do governo federal – e a greve

contra a proposta de redução de equipes pelo governo municipal, no segundo semestre. Embora estes momentos tenham provocado desconcerto relatado por alguns, em virtude de experiências prévias em que a greve prejudicou demais a formação acadêmica dos estudantes, outros ponderaram a *necessidade* destes movimentos, seja na sua formação, seja na importância do serviço para a população atendida.

[...] a população adscrita vê a CF como algo que transcende o biológico, é como se ali fôssemos um porto seguro, uma referência de justiça para a população. É muita responsabilidade! Será que alguém, algum dia, estará apto para assumir tal papel? (Gustavo S11)

No entanto, os internos estiveram atentos para as contradições destes processos. Por um lado, era impossível não viver uma greve sem remontar às greves da UFRJ, que tantos transtornos causaram à vida acadêmica dos estudantes; de outro, era possível perceber as assimetrias de poder entre as diferentes categoriais profissionais e o grau de privilégio dos médicos:

“Cada dia ficava mais surpresa com o quanto o SUS funcionava e com o quanto podíamos fazer pelos nossos pacientes. Amei fazer parte da minha equipe e fui super bem recebida por todos. Já ela... chegou e está vendo uma Clínica em greve, com poucos atendimentos, com poucas reuniões de equipe.” (Marília, S19)

“Começamos a nos questionar por que a gente podia esperar em casa por notícias sobre a violência no território e quem passou a noite com medo da violência, os ACS e outros profissionais que moram no território, tinha que estar cedo na clínica para trabalhar ainda que não houvesse segurança e ainda servir de repórter para quem estava em casa. [...] pelo simples fato de ter um “exército industrial de reserva” enorme aguardando para entrar no seu lugar recebendo até menos pelo mesmo trabalho em um período de crise econômica. É muito mais fácil para uma OS demitir um ACS, um faxineiro, um técnico que fazer o mesmo com médicos e médicas residentes por reclamarem das condições de trabalho” (Nina, S12)

Para além das possibilidades de construção de práticas interprofissionais já citadas, chama a atenção a quase nula referência a formas de participação popular, conforme previsto na legislação e de processos exitosos Brasil afora. Em apenas uma das clínicas havia certa integração com a comunidade descrita. Eventos como saraus, organizados pelos equipamentos de saúde eram oportunidade para grupos de música e coletivos culturais se apresentarem; além disso, havia um rito de apresentação dos novos residentes ao Conselho Local de Saúde (chamado de colegiado gestor no RJ).

Duas situações foram marcantes por explicitar relações de opressão características da sociedade brasileira nos serviços: a LGBTfobia e o racismo. Escolhi as duas situações porque

em alguns casos, internos se sentiram muito incomodados com situações em sua própria existência se sentia ameaçada. Mas, em dois destes casos, os internos resolveram agir.

Dois estudantes narraram constrangimento pelas visões homofóbicas que perceberam de seus colegas profissionais – em especial, durante a reunião de equipe e nos intervalos para refeições.

"[...] ouvi comentários como 'prefiro ter um filho gay do que bandido' e até mesmo 'daqui a pouco teremos que ter marcha pelos direitos masculinos'. Chega a doer o ouvido, mas a desconstrução é gradual. Tomara que algum dia ele possa refletir e mudar os discursos." (Gustavo, S18)

Para Jean, este incômodo foi além. Escolheu o tema saúde da população LGBT, caro à sua militância e sua constituição como sujeito, para seu trabalho temático. Mas conseguiu, com muito esforço, fazer um espaço de educação permanente. Fez duas oficinas para os profissionais: uma com a “equipe técnica” (profissionais com diploma universitário mais técnicos de enfermagem) e outra com ACSs. O quórum foi muito prejudicado pela greve do segundo semestre. Sentiu-se mais à vontade com os primeiros, mas percebeu que a enumeração dos termos “*orientação sexual, identidade de gênero, LGBTQIA+, cisgênero, transgênero, agênero...*” foi uma barreira na discussão com ACS. Mas neste grupo emergiram as grandes revelações.

Jean chamou uma colega de faculdade que é transgênero e duas ACS da clínica que eram noivas. A primeira estava afiada nos conceitos e teve uma postura mais assertiva, provocando certa “tensão”, sem deixar de prevalecer um clima de respeito. Mas foi o depoimento de uma das ACS – sua história de vida, os conflitos com a família – que emocionou a equipe e, a seu ver, promoveu uma oportunidade única por permitir acessar uma categoria da qual sofreu muito preconceito homofóbico. Jean concluiu sua reflexão:

“Ao final, as agentes que participaram da organização comigo agradeceram pela oportunidade de participar da roda e se disseram interessadas em prosseguir com a discussão na unidade. Eu fiquei igualmente agradecido a elas e a minha amiga trans, além de ter estimulado enormemente o prosseguimento das discussões e atividades após minha saída. Senti como se uma semente tivesse sido plantada, especialmente nas pessoas que jamais pararam para discutir esse tópico, e me enchi de satisfação e gratidão por ter rompido as barreiras da inércia e da coragem para a execução da atividade” (S20)

Em minha experiência como professor, ouvi de muitos estudantes LGBTs um incômodo como o de Gustavo e Jean, que sentiram, em meio aos profissionais de menor escolaridade, preconceito mais escancarado. Sempre me chamou a atenção entre a dissociação

da legitimidade dos direitos LGBTs no meio universitário e o meio popular. A experiência de Jean aponta um caminho. Sua coragem foi recompensada.

A dissociação entre a pauta do movimento negro e as práticas de saúde em sua clínica da família foram ainda mais chocantes para Nina. Ao trabalhar com profissionais em sua maioria negros e atendendo a uma população majoritariamente negra, percebeu que a temática era ignorada pelo currículo do Internato, pela orientação das políticas assistenciais da rede e pelas práticas das equipes. Como militante de coletivo negro, escreveu muitas narrativas sensíveis aos efeitos do racismo no adoecimento das pessoas que atendia na clínica:

“Uma mulher negra de trinta e poucos anos, Zélia, queixava-se de que há quase 5 meses seu couro cabeludo apresentava machucados e recentemente eles haviam se espalhado e um mal cheiro tinha se instalado em sua cabeça. [...] Fiquei observando aquela pessoa que estava sofrendo tanto por algo que provavelmente era uma infecção secundária à coçadura. O que a fez esperar tanto para nos procurar? Ela responderia logo em seguida que teve vergonha de chegar com a cabeça daquele jeito para nós médicas olharmos. Eu queimei por dentro. Essa vergonha é algo construído e não só para essa paciente. Respirei e segui. ‘Zélia, você passa muito creme no cabelo?’ Ela fez que sim. ‘Costuma deixá-lo úmido e preso?’ O mesmo gesto com a cabeça foi feito. ‘Por quê?’ Zélia fez um silêncio que me ensurdeceu. Eu tinha um palpite muito forte sobre o que estava acontecendo. Aconteceu durante toda a minha infância e adolescência também. ‘Zélia, você faz isso para abaixar o volume do seu cabelo?’; ‘As pessoas falam mal dele?’; ‘Isso tem te incomodado?’; ‘Você quer falar mais sobre isso conosco em outros encontros?’. Eu não consegui me conter. Minhas perguntas saiam uma em cima da outra a cada ‘Sim’ que ela me dava” (S18)

Casos como este fizeram Nina agir. Em sua clínica, já havia dado uma aula para seus pares e professores (sob estímulo destes) sobre a saúde da população negra, participado de grupos com mulheres do território e residentes multiprofissionais com a temática do racismo. Saiu das atividades curriculares para participar de seminário multiprofissional promovido pela Escola de Enfermagem da UFRJ com a temática “saúde tem cor?”. Multiprofissional em termos, pois Nina era a única representante da categoria médica. Em seu trabalho temático, estudou a percepção dos trabalhadores sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, e se encontrava bastante afetada por não ter posto em prática seu projeto mais ambicioso: ministrar um ciclo de educação permanente para os profissionais da clínica sobre os efeitos do racismo na saúde. Ela conclui seu relatório final elogiando o espaço para o tema do racismo – segundo ela, o único em todo o currículo oficial do curso. Nina reconhece que a abordagem do racismo na educação médica demanda uma subversão sistêmica do padrão de produção eurocêntrico e branco do conhecimento, dialogando com a problemática da produção de conhecimento pós-colonial²²².

As experiências de Jean e Nina, bem como de outros estudantes não estudados aqui, foram precursoras de uma mudança importante no internato: a partir de 2018, com base nas

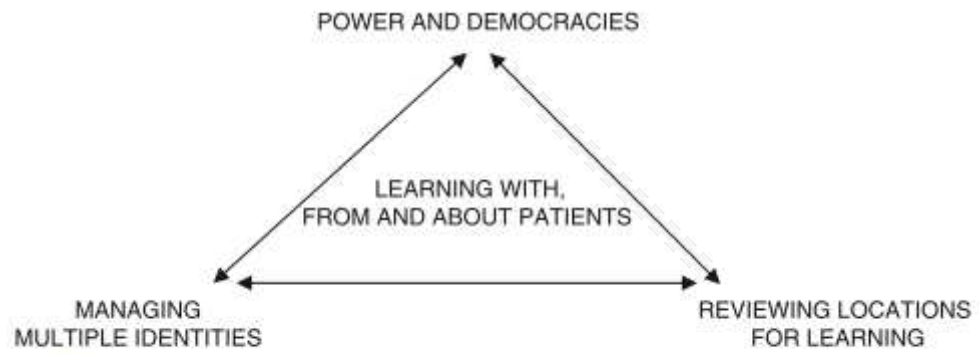
experiências de sensibilização das equipes onde os estudantes estavam inseridos, a disciplina incorporou em sua grade curricular oficinas de sensibilização à problemas de saúde das populações negra e LGBT. A tenacidade destes indivíduos e dos coletivos de estudantes, ao enfrentarem o preconceito e a opressão em seus locais de trabalho, criativamente elaboraram dispositivos de construção da democracia institucional²¹ na disciplina do internato.

Quando os estudantes se engajam na dinâmica da produção de cuidado e de conhecimento enraizada nos problemas concretos de setores vulneráveis e oprimidos da sociedade, a identidade construída vai além da ética e mesmo a forma de atuação de profissionais em formação na micropolítica do trabalho – ou do sistema de atividade – podem ser transformados. Como afirmam Bleakley, Bligh e Browne:

Abandonamos propositalmente [a ideia de] 'líder' [...] isso não é porque pensamos que a liderança não é importante, mas sim que modelos mais antigos de liderança - por exemplo, como um chefe autocrático ou mesmo um modelo - estão sendo substituídos por novos modelos. De líderes - como colaboradores especializados ou especialistas em democracias. A "identidade" de um grupo clínico ou coletivo de trabalho está agora centrada tanto no capital social quanto no capital do conhecimento. O trabalho empírico na teoria da atividade mostrou que coletivos mais produtivos geraram uma cultura que valoriza a qualidade da comunicação, as relações de rede, os laços sociais e a confiança⁹ (p.78, tradução nossa)

Pode-se enxergar além: ao abrir um campo de aprendizado diferente do hospital, que carrega em si muito do “conservadorismo médico”, ao dar vazão às múltiplas identidades médicas que emergiram neste trabalho e ao valorizar a perspectiva dos pacientes, que passam a ter maior protagonismo na formação dos médicos, é possível vislumbrar que o estágio contenha elementos de uma visão de futuro da educação médica do futuro, alinhada com o aumento do poder dos “cidadãos médicos” (o paciente bem informado) e com um sistema de saúde em plena transformação⁹.

Figura 9 - Educação Médica para o Futuro

**Fig. 17.1** Medical education for the future (extended)

Fonte: referência 9.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS/DISCUSSÃO DA TESE

Estudos sobre a escrita reflexiva²²³ e o uso da medicina narrativa²²⁴ para acessar a dimensão contextual do cuidado²²⁵ são exemplos do uso de abordagens qualitativas em pesquisas no internato médico, e tem sido cada vez mais utilizados em pesquisa em educação médica no Brasil²²⁶, embora nesta revisão parte expressiva dos estudos seja de momentos anteriores ao internato^{227,228,229}. Ao explorar as narrativas reflexivas e os diálogos nos grupos focais, esta tese é pioneira em uma abordagem interpretativa da experiência de aprendizado e socialização no ambiente de trabalho dos internos em um internato integrado e longitudinal na APS brasileira, em especial após as mudanças instituídas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina de 2014.

De certa forma, alguns temas dos temas encontrados na pesquisa coincidem com achados de estudos semelhantes em outros países, como entendimento profundo de cuidado abrangente²³⁰, complexidade e incerteza como chaves da MFC²³⁰, humanização da prática na construção de sentido na produção de cuidado para além dos sintomas ou dos diagnósticos^{209,230}. Diferentemente de outro estudo²³¹, os estudantes não relataram desconforto por “usarem” os pacientes como meio de aprendizado, embora o receio de manejar o tratamento de pessoa com quadro clínico complexo tenha coincidido. Atribuo estas diferenças à cultura de naturalização de atendimento aos pacientes por estudantes de graduação, ao contrário do que acontece na Europa e outros países de alta renda. Esta enorme distância social se desdobra na temática do aprendizado de competências culturais, que pode ser traduzida, de forma aproximada, em termos de humildade cultural, competência ao sofrimento social ou à interseccionalidade, e foi um achado central deste estudo por três motivos.

Em primeiro lugar, por detalhar as venturas e desventuras da assistência à população mais vulnerável em seu contexto social; em segundo, por dissecar as grandes dificuldades dos estudantes com pessoas de origem social tão diferente das suas; em terceiro, para explicitar a necessidade de elaboração de dispositivos pedagógicos para a abordagem do sofrimento específico das populações urbanas empobrecidas: particularidades da experiência do adoecimento, racismo, violência, discrepâncias linguísticas como dificultadores do cuidado, articulação com outras profissões de saúde e outros setores provedores de políticas públicas, como educação e assistência social. A ênfase nos componentes psicossociais das competências culturais está formalmente abordada em matrizes de competência propostas para a graduação no Brasil^{107,202,232}, mas a preocupação com o reducionismo desta temática ao mero aprendizado e reprodução de uma técnica⁹⁰ deve nos manter alertas.

Destaco, dentre os achados, o grande valor dado pelos estudantes, por vezes com grande ambivalência, ao caráter longitudinal do internato, cujas vantagens têm sido sublinhadas por evidências internacionais¹⁶² e nacionais²³³. A valorização do vínculo com pacientes e o aumento da presença destes como protagonistas no processo de aprendizado dos estudantes, a participação ativa e não-periférica nas equipes de saúde, o fortalecimento dos laços com preceptores, residentes e profissionais não médicos como modelos positivos na formação da identidade profissional foram achados importantes e servem de balizamento para cursos de medicina e outras graduações da saúde que desejem reformar seus currículos, em especial dos estágios práticos e internatos, em direção ao modelo longitudinal e integrado.

No caso dos achados do componente Saúde Mental, as experiências nacionais são mais escassas e a maior parte baseada em serviços universitários, rede substitutiva e hospitais de referência²³⁴. A experiência do internato em apresentar o campo da saúde mental na APS como legítimo e representativo de um cenário ambulatorial de prática, abrindo possibilidades de conhecimento e prática de novos dispositivos de cuidado é um excelente sinal para o fortalecimento da formação médica comprometida com o crescimento da carga de sofrimento mental em nosso país. A possibilidade de praticar com frequência a escuta terapêutica, os retornos breves, a discussão de caso em equipe e em supervisão, além do matriciamento, apontam para uma possibilidade de incorporação destes dispositivos à prática clínica dos futuros médicos. De outro lado, a pequena participação dos estudantes na rede substitutiva, captada pelas escassas menções dos estudantes que não estagiaram no CAPS a temas como loucura, estigma e reabilitação psicossocial ressalta a necessidade de ser um campo obrigatório do estágio, medida adotada pela disciplina em 2018.

Ainda assim, a percepção de que a saúde mental é a perna manca do estágio e que a integração com a MFC não foi plena persistiu e persiste até hoje, na percepção minha e de muitos professores do campo. Creio que, para além dos problemas estruturais do estágio, para os quais farei sugestões adiante, a força da disciplina do 9º período em demarcar o que compõe o campo da psiquiatria, ancorado numa visão biomédica do adoecimento, perseveraram no estágio. Quando diante das anomalias paradigmáticas como corpo/mente, medicina/sociedade, doença orgânica/transtorno psíquico, muitos estudantes conseguiram transcender o paradigma hegemônico, mas muitas vezes sem perceber que se tratava também de cuidados com a saúde mental.

Ao abordar a formação da identidade profissional, me aproximo da temática do profissionalismo, que tem ganhado força no campo da educação médica. Mais que constatar a importância do aprendizado prático com pacientes, quero destacar a relevância do

pertencimento a uma equipe de saúde como processo fundamental de transformação do paradigma tradicional de formação. Ao me deter mais profundamente em três situações limite de amadurecimento da autoimagem profissional, quis sublinhar a importância de processos de reflexão e supervisão diante das dificuldades que são comuns na vida dos médicos. Por fim, creio que o estágio, em meio a tantas tensões e contradições, permitiu que certos elementos do exercício democrático fossem incorporados a sua vivência curricular.

O recorte localizado e restrito a áreas escolhidas de um município e em um curso de graduação, a minha posição privilegiada e ambivalente de *insider/outsider* no campo, a escolha de um tipo específico de narrativa (densas em reflexões), o foco nos estudantes – deixando de abordar demais profissionais, residentes, usuários – são as principais limitações do estudo. Embora exista uma imensa dívida com as populações marginalizadas, entendo que o SUS e a APS só tem condições de ter hegemonia na sociedade à medida que sejam patrimônio de todos os segmentos sociais. A escolha dos diários de campo não versou sobre bairros com IDS mais elevado, embora havia, nos grupos focais, estudantes que estagiaram nestas áreas. Ademais, tenho consciência de que os achados são iminentemente contextuais, e sua inferência a outros cenários de prática não podem ser feitos de forma imediata. Ainda assim, creio que, em linhas gerais, o desenho da pesquisa é reproduzível em outros cenários, o que garante confiabilidade. Como discuti no capítulo da metodologia, ter combinado dois métodos de coleta de dados e ter atingido o ponto de saturação antes de analisar toda a amostra de diários de campo e grupos focais fala da validade dos achados. A abordagem qualitativa também tem suas limitações, em especial quando se trata de investigar ganho de competências. Embora não tenha sido o objetivo da pesquisa aferir competências, busquei discutir como em situações tais como redução do estigma, manejo de pacientes multimórbidos ou abordagem de múltiplas queixas em uma mesma consulta a escrita reflexiva – com o devido feedback no processo de supervisão – é um elemento crucial de aprendizado. Estou ciente de que a autopercepção de competência tem limitações²³⁵, embora, da mesma forma que a prática clínica, a narrativa da *participação em um sistema de atividade* ganha importância na avaliação das competências que é complementar à perspectiva da *aquisição* de competências¹¹¹.

Por fim, a abordagem interpretativa, que transitou pelo exploratório e pelo descritivo, é uma virtude e uma limitação do estudo. Ao basear a interpretação em minha expertise como professor do internato e preceptor do campo, tenho consciência de que posso ter potencializado nuances das vivências dos estudantes que poderiam ser pouco perceptíveis a quem não está dentro do objeto de estudo. Ao mesmo tempo, compreendo que minhas

implicações com o campo podem trazer vieses, que busquei superar relendo e discutindo nas reuniões de orientação, bem como buscando interpretações distintas para as unidades de análise dos temas.

Ao embasar a pesquisa com internos em um referencial de teorias do aprendizado sociocultural, estou ciente de que a falta de investigação dos demais atores do campo – preceptores médicos e demais profissionais, gerência local, professores da universidade – contribui para o não enriquecimento da pesquisa, em especial por entender que o aprendizado é um processo que interliga estes vários pontos de maneira complexa e multifacetada. Ainda assim, considerando o volume e a densidade dos dados que analisei, creio que o estudo dos sistemas de atividade, comunidades de prática ou outros arranjos coletivos de análise do aprendizado na atenção primária à saúde transcendem uma tese de doutorado, sendo tarefa para uma vida de pesquisa.

Neste sentido, entendo que os achados fundamentam sugestões para a implementação de diferentes estratégias curriculares para o Internato Integrado. A questão fundamental, ao meu ver, é conciliar dois sistemas de atividades distintos: um primeiro, que objetiva a produção de valores de uso em saúde; um segundo, que visa formar profissionais para o SUS. Seus entrecruzamentos e contradições estão nas raízes dos desafios para o aprimoramento da educação da força de trabalho para a saúde.

Ao valorizar a participação ativa do estudante nas comunidades de prática da APS carioca, vimos que os futuros médicos passam a valorar de forma diferente o trabalho neste campo. De uma clínica de baixa complexidade, com pouca expectativa de aprendizado e de sentido para sua formação profissional, os estudantes passam a perceber a APS como legítima e fundamental para o cuidado com a população, para a organização do SUS, para a produção de valores democráticos, para seu aprendizado como médicos generalistas e como campo de trabalho. Embora os relatos tenham sido carregados de contradições com a atividade fim da rede de APS, como a carga assistencial, a luta por espaço físico para atendimento, são precisamente as contradições²³⁶ com a experiência hospitalar e intramuros prévias que moveram estas mudanças.

Este aprendizado situado, que produz valor e sentido enraizados naqueles contextos, é imprescindível, em especial ao se tratar de populações historicamente desassistidas. No entanto, este ganho de competências mediado pela participação precisa ser complementado pela consolidação de dispositivos de aquisição estruturada de competências mais genéricas¹¹¹. Um exemplo é o entendimento da noção de experiência do adoecimento. Em muitos campos, as narrativas sugerem que aprendizado se deu de forma tácita; em outros, o conhecimento

explícito dos conceitos foi referido como fruto de metodologias voltadas para este fim (aulas, oficinas, sessões clínicas).

Desta forma, penso que a disciplina deveria investir em 3 eixos: qualificação da supervisão dos professores da universidade; integração das residências do município com o planejamento pedagógico e com as atividades curriculares do internato, o que inclui os preceptores e os residentes; aprimoramento das metodologias de avaliação.

A supervisão, feita originalmente por uma dupla do Departamento de Medicina de Família e Comunidade e do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, foi acrescida de um professor do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, disciplina inserida de forma transversal nos internatos desde 2018. A supervisão via de regra faz um feedback dos diários de campo e busca trabalhar algum tema que tenha emergido da prática dos internos ou que seja demandado por professores. Discussão de casos, em especial de saúde mental, ocorre em alguns campos. Comumente são discutidos textos clássicos das disciplinas em questão e, em raras ocasiões, se trabalha com metodologias ativas como PBL (*problem based learning*) ou dramatização (*role playing*). A supervisão, quando bem conectada aos internos, foi um espaço de mentoria, referida por muitos como fundamental para elaborar os dilemas da formação de identidade profissional.

Minhas sugestões vão no sentido de definição de um cardápio de estratégias de ensino a serem elaboradas nos momentos de supervisão, que combinem atividades estruturadas com outras abertas às situações de campo trazidas pelos alunos. Para a primeira, metodologias como leitura de textos clássicos, na forma de discussão ou seminários, de forma a abordar temas fundamentais para o estágio, como componentes dos métodos clínicos centrados na pessoa, peculiaridades da saúde mental na APS (sistemas diagnósticos, tecnologias psicossociais), medicalização e prevenção quaternária, atributos da APS, entre outros. Isto se faz necessário por serem temas, via de regra, novos durante o percurso dos estudantes no currículo. Oficinas de habilidades, como de exame físico, abordagem da dor crônica ou técnicas de entrevista podem ser incluídas nestas atividades estruturadas.

Sobre a segunda, as supervisões podem continuar tendo o papel clássico da supervisão em saúde mental, como nas discussões de caso em profundidade. No entanto, o horário da supervisão pode e deve se valer de ferramentas como sessões clínicas ou PBL. Creio que desenvolver de forma explícita o papel de mentoria, muitas vezes executado de maneira informal ou improvisada, e manter postura aberta e resolutiva às demandas dos estudantes pode ser um caminho para evitar o sentimento de cansaço extremo e evidenciar aspectos positivos do currículo oculto, como desconstruir a cultura da sobrecarga ou elaborar

experiências negativas no estágio. Por fim, com a chegada da saúde coletiva, penso que a temática do trabalho em equipe e colaborativo deve ser abordada de forma sistemática. Relembremos dos relatos muito significativos de conflitos entre os profissionais ou de momentos de enorme produção de sentido durante a construção de estratégias de cuidado ou autocuidado.

Um tema inadiável é a integração com os programas de residência em Medicina de Família e Comunidade. Parte expressiva dos ingressantes é de internos que rodaram nas clínicas e desta forma escolhem a carreira. A existência de um corpo de MFCs com mais de 100 pessoas nos diferentes programas é uma massa crítica valiosíssima e que sustenta o cotidiano do internato. No entanto, na maioria dos campos a principal interação pedagógica se dá na discussão dos casos durante a rotina assistencial entre internos, residentes e preceptores.

Este grupo de especialistas deve ser convidado para participar da elaboração de um currículo para o internato, pensando na qualificação da formação do médico generalista, na legitimação da APS como valor de uso para a sociedade e no recrutamento de futuros especialistas em MFC. Defendo a integração dos preceptores a atividades teórico-práticas do internato, como nas sessões clínicas, na avaliação de atividades práticas (como observação de consultas, grupos Balint e mesmo na supervisão), na orientação de TCCs e no planejamento das atividades do internato. Ao menos no Programa de Residência em MFC da SMS-RJ, existe um projeto de desenvolvimento docente e a maioria dos preceptores já participou de cursos teóricos e práticos de qualificação docente. Este movimento, porém, deve ser feito de maneira dialogada e sensível. Como vimos, as narrativas dos internos se referenciam nos preceptores como modelo profissional e como provedores de conhecimento. Muitos preceptores, no entanto, se queixam da sobrecarga de receber internos, pois esta se soma às responsabilidades assistenciais, gerenciais e pedagógicas com os residentes. A UFRJ ainda compete com as universidades privadas, que dão gratificações vultosas aos médicos que recebem seus internos. O valor estratégico na captação de futuros residentes e a legitimação da especialidade MFC são as principais motivações que fazem o coletivo de preceptores investir no internato da UFRJ, e a universidade deve dar contrapartidas outras como reconhecimento institucional, incentivo à qualificação e integração de especialistas focais com os serviços que recebem o internato, nos moldes do que já ocorre com profissionais da saúde mental, dermatologia e saúde da mulher.

Da mesma forma que os preceptores, os residentes ocupam um lugar decisivo no internato. Embora sua atribuição principal seja a especialização em MFC, a prática docente com a graduação em medicina faz parte do currículo baseado em competências da SBMFC¹⁰⁶.

As vantagens da atuação do residente como docente estão sintetizadas no quadro 17. É forçoso lembrar que o êxito de programas como estes está vinculado à proteção de horários para a prática docente, o que implica em não aumentar a sobrecarga a que comumente os residentes estão submetidos, bem como garantir treinamento específico para esta atuação²³⁷, o que já está nos planos do Grupo de Trabalho de docência do PRMFC da SMS-RJ.

Quadro 16 - Potenciais Benefícios para Programas de Residentes como Docentes

Para residentes	Desenvolvimento e aprimoramento em habilidades de ensino.
	Maior auto eficácia e identidade como professor. Melhoria na capacidade de avaliar e fornecer feedback aos alunos
Para estudantes	Satisfação com o aprendizado de pares próximos. Capacidade de entender melhor o raciocínio clínico. Melhoria nas habilidades clínicas e de atendimento ao paciente Maior disposição para admitir deficiências. Maior receptividade ao feedback.
	Demonstrar reconhecimento do valor do ensino. Formar uma comunidade de educadores (professores e estagiários). Desenvolver futuros líderes educacionais. Criar uma cultura educacional que valorize o ensino e encoraje uma abordagem baseada em evidências para o ensino e a aprendizagem.
Desfechos no cuidado com pacientes	Este é o objetivo final e atualmente precisa de mais pesquisas.

Fonte: adaptado da referência 237.

Em um contexto que os quadros docentes das universidades federais não tem acompanhado a necessidade de formadores em MFC e áreas afins para o cumprimento do desenho de internato conforme as DCN de 2014, a articulação entre a universidade e os quadros docentes da rede de saúde é imprescindível para a sustentabilidade da rede, das residências e do internato.

Por fim, uma breve nota sobre avaliação. Esta pesquisa se fundamentou em duas ferramentas de escrita reflexiva (diários de campo e relatório final) e em metodologia de outra

ferramenta de avaliação da experiência do estágio, baseada em narrativas. As vantagens de metodologias de avaliação reflexivas foram amplamente discutidas no texto e seu valor formativo é fartamente documentado na literatura. No entanto, a disciplina peca na avaliação de aquisição de habilidades (como exame físico, procedimentos, comunicação) e mesmo de conhecimentos. Temas mais abrangentes e complexos como atitudes são alvo de grandes debates no campo da educação médica. Penso em um formato de avaliação que contemple a aquisição de conceitos específicos da MFC e saúde mental – provas teóricas, PBLs; a incorporação do modelo portfólio ao diário de campo, em que os internos devem relatar casos clínicos atendidos e sistematizar busca por literatura para a resolução das questões clínicas; avaliação de consultas, por meio de observação direta e indireta; por fim, desenvolvimento de avaliação pela equipe multiprofissional.

Muitas destas recomendações de reformulação do Internato Integrado podem ser interpretadas como sugestões de projetos de pesquisa, e penso haver muito espaço para novos estudos baseados em abordagens socioculturais e coletivas do aprendizado das competências em medicina, não apenas no internato. Ainda assim, gostaria de destacar áreas de pesquisa que penso ser estratégicas para a qualificação da formação médica para o aprimoramento do SUS como direito universal.

A primeira é o desenvolvimento de uma matriz de competências para a abordagem do sofrimento social com base na perspectiva da humildade cultural e da interseccionalidade. A grande significância do choque dos estudantes na lida com este adoecimento difuso me leva a crer que os médicos brasileiros devem ser capazes de compreender e agir sobre as muitas formas de sofrimento geradas, em última instância, pelo regime de segregação social brasileiro, resultante da persistência dos resquícios da sociedade colonial – em especial o racismo e o patriarcado, que se manifestam cotidianamente nos serviços de saúde. As lentes de leitura destes problemas, com frequência, foram desenvolvidas em realidades distintas da brasileira. As peculiaridades sociais, culturais e linguísticas de nossa sociedade são mediações necessárias que devem ser compreendidas para desenvolver práticas em saúde adaptadas a nossa realidade. A meu ver, um desdobramento importante desta temática seria o desenvolvimento de estratégias de ensino para enxergar e lidar com estas formas mui singulares de adoecimento da população brasileira.

Outra lacuna que encontrei na literatura são experiências de ensino no campo de saúde mental, em especial na integração com a MFC e a APS, bastante sinérgica neste estudo. Em virtude do aumento da carga de adoecimento por doenças mentais, bem como dos componentes psicossociais das demais condições crônicas, penso que conciliar as

experiências internacionais de classificação diagnóstica específicas da APS com as diversas formas de expressar o sofrimento das diferentes culturas brasileiras, bem como no investimento das abordagens psicossociais, são temas fundamentais de desenvolvimento da educação médica. Não é fácil, por exemplo, encontrar textos com roteiro de entrevista psiquiátrica para a APS, sobre como articular o matriciamento em saúde mental com os internatos de medicina ou o desenvolvimento e aplicação de estratégias para o ensino de abordagens não medicalizantes para o sofrimento mental em cenários comunitários voltados para o curso de medicina.

Embora o campo da formação interprofissional em saúde esteja em grande desenvolvimento no Brasil, muito da produção se refere a profissões de saúde não médicas e, quando presentes, parte expressiva das experiências se dá nos anos iniciais do curso. Pensando no momento decisivo que o internato e a residência representam na formação da identidade profissional médica, imprimir um componente interprofissional na identidade do médico é estratégico para formar médicos capazes de compartilhar cuidados com outras categorias profissionais, permitindo a redefinição da visão social de profissional competente ancorada no imaginário liberal da medicina.

Por fim, gostaria de destacar a relação entre complexidade dos sistemas de saúde e a produção e ensino de métodos clínicos centrados na pessoa. Em um momento de profundas transformações tecnológicas, em que se discute *big data*, compra de produtos e serviços de saúde mediadas pelas gigantes tecnológicas como Amazon e uso da inteligência artificial como ferramentas diagnósticas e de compartilhamento de decisões, chamo a atenção para como esta avalanche tecnológica se irá disseminar no Brasil. A tendência à modernização acrítica dos padrões de consumo é antiga em nosso país e demandará dos sistemas de saúde onde os médicos se inserem o manejo de habilidades novas, subordinadas a estas transformações, ao mesmo tempo em que há um clamor social pela recomposição do que comumente se chama de práticas humanizadas em saúde. Mais que arriscar prognósticos sobre a hipocompetência comunicativa dos médicos em um cenário paradoxal de hipercomunicabilidade e superficialidade nas relações, penso que elaborar, praticar e ensinar métodos clínicos centrados na pessoa são formas de guardar as tradições profissionais de cuidado e cura em um mundo que nos anuncia tantas distopias.

REFERÊNCIAS

1. Bleakley A. When I say ... the medical humanities in medical education. *Med Educ*. 2015;49(10): 959–960.
- 2 Cardoso FM. A saúde entre os negócios e a questão social: privatização, modernização e segregação na Ditadura Civil-Militar (1964- 1985) [dissertação]. Faculdade de Ciências Médicas: Universidade Estadual de Campinas; 2013.
3. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1327-1338.
4. Justino ALA, Oliver LL, Melo TP. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1471-1480.
5. Izecksohn MMV, Teixeira Junior JE, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(3):737-746.
6. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(11):3547-3552.
7. Scheffer M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface*. 2015;19(54):637-640.
8. Thistlethwaite JE, et al. A review of longitudinal community and hospital placements in medical education: BEME Guide No. 26. *Med Teach*. 2013;35(8):e1340-e1364.
9. Bleakley A, Bligh J, Browne J. *Medical education for the future: identity, power and location*. Springer: London; 2011.
10. Greenhalgh T, Papoutsi C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Med*. 2018;16:95.
11. Hawkins RE, Welcher CM, Holmboe ES, Kirk LM, Norcini JJ, Simons KB, et al. Implementation of competency-based medical education: are we addressing the concerns and challenges? *Med Educ*. 2015;49(11):1086-1102.
12. Bleakley, A. Blunting Occam's razor: aligning medical education with studies of complexity. *J Eval Clin Pract*. 2010;16(4):849-855.
13. Hodges BD, Lingard L. *The question of competence: reconsidering medical education in the twentieth-first century*. Ithaca: Cornell University Press; 2012.
14. Mann K, Mcleod A. *Constructivism: learning theories and approaches to research* In: Cleland J, Durning S, organizadores. *Researching medical education*. Chichester: John Wiley & Sons; 2015.

15. Monte-Cardoso F, Campos GWS. Aprendendo a clínica do sofrimento social: narrativas do internato na Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet*. 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/aprendendo-a-clinica-do-sofrimento-social-narrativas-do-internato-na-atencao-primaria-a-saude/17176?id=17176>
16. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med* 2006;3(10):e449.
17. Donnangelo MCF. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
18. Silva Junior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
19. Franco TB, MERHY EE. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007
20. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
21. Campos GWS. Método para análise e co-gestão de coletivos. 3ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
22. Cunha GT. Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na atenção básica. [tese]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM-UNICAMP; 2009.
23. McWhinney IR, Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2010.
24. Howie JG. Academic general practice: reflections on a 60-year journey. *Br J Gen Pract*. 2010;60(577):620-3.
25. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente. Porto Alegre: Artmed; 2011.
26. Borrel-Carrio S. A entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012.
27. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
28. Howie JG, Whitfield M. Academic general practice in the UK Medical Schools, 1948–2000: a short history. Edinburgh: Edinburgh University Press; 2011.
29. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.

30. Ianni AMZ. Questões contemporâneas sobre natureza e cultura: notas sobre a Saúde Coletiva e a sociologia no Brasil. *Saúde Soc.* 2011;20(1):32-40.
31. Nunes ED. Sobre a sociologia da saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.
32. Camargo Junior KR. A construção das doenças na medicina ocidental contemporânea. *Rev SBHC.* 1993;(9):31-40.
33. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis.* 1997;7(1):13-43.
34. Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis.* 2007;17(3):465-484.
35. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Junior KRA. Subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2006;11(4):1093-1103.
36. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.
37. Campos GWS. Os médicos e a política de saúde. São Paulo: Hucitec, 1988.
38. Schraiber LB. O médico e o seu trabalho. Rio de Janeiro: Abrasco; 1993.
39. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface.* 2011;15(37):589-599.
40. Campos GWS. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva a organização das práticas do SUS. In: Fleury S, organizador. *Saúde e democracia: a luta do CEBES.* São Paulo: Lemos Editorial; 1997.
41. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2000;5(2):219-230.
42. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.
43. Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas da atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada.* 2ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.
44. Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.
45. Merhy EE. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves. In: Franco TB, Merhy EE. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.* São Paulo: Hucitec; 2013.

46. Falk J. A medicina de família e comunidade sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004;1(1):5-10.
47. Bonet O. Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro: 7Letras; 2014.
48. Batista SR, Almeida MM, Trindade TG. Medicina de família e comunidade na atenção primária à saúde no Brasil: potencialidades e desafios. In: Mendonça MHM, organizador. *Atenção primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2018.
49. Heath I, Evans P, Van Weel C. The specialist of the discipline of general practice: semantics and politics mustn't impede the progress of general practice. *BMJ*. 2000;320(7231):326-7.
50. Heath I. William Pickles Lecture 1999: 'Uncertain clarity': contradiction, meaning, and hope. *Br J Gen Pract*. 1999;49(445):651–657.
51. Greenhalgh T. *Primary health care: from academic foundations to contemporary practice*. Oxford: Blackwell Publishing; 2007.
52. McWhinney IR. A evolução do método clínico. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
53. Balint M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
54. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136.
55. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
56. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: Univ of California Press; 1980.
57. Kleinman A. The cultural meanings and social uses of illness: a role for medical anthropology and clinically oriented social science in the development of primary care theory and research. *J fam pract*. 1983;16(3):539-545.
58. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
59. Rose G. *Estratégias da medicina preventiva*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
60. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston: Beacon Press; 2011.
61. Adami HO, Kalager M, Valdimarsdottir U, Bretthauer M, Ioannidis JPA. (2019) Time to abandon early detection cancer screening. *Eur J Clin Invest*. 2019;49(3):e13062.

62. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(2):61-4.
63. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):106-111.
64. Stella RCR, Goldenberg P, Gomes MHA, Goihman S. Graduação médica e especialização: uma incompatibilidade aparente. *Rev Assoc Med Bras.* 1997;43(4):290-294.
65. Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec; 2005.
66. Ermakov VV, Gomelskaya GL. Fundamentos de la organización del servicio terapéutico-profiláctico para la población In *Higiene Social y organización de la salud pública*. Serenko AF, Ermakov VV, organizadores. Editorial MIR: Moscú; 1986.
67. Schraiber LB, organizador. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990.
68. Campos GWS. A Saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1991.
69. Campos GWS, Chakkour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública.* 1997;13(1):141-144.
70. SÓL NAA. A medicina geral comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória enfocando programas específicos [tese]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas; 2011.
71. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. Relatório final: A especialidade médica no campo da Saúde Coletiva. Campinas, 1999
72. Andrade HSA, Alves MGM, Carvalho SR, Silva Júnior AG. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Physis.* 2018;28(3):e280311.
73. Gêrvas J, Pérez-Fernández M. Uma atenção primária forte no Brasil. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia saúde da família. [acesso em 01 jan 2019]. Disponível em: www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf
74. Gusso GDF, Knupp D, Trindade TG, Lermen Junior N, Poli Neto P. Bases para um novo sanitarismo. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015;10(36):1-10.
75. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc.* São Paulo. 2014;23(3):869-883.
76. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

77. Harzheim E, Gonçalves MR, D'Ávila OP, Hauser L, Pinto LF. Estudos de PCA Tool no Brasil. In: Mendonça MHM, organizador. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2018.
78. Mendonça CS, Nedel FB, Batista SR, Medina MG. A Utilização do indicador internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Brasil. In: Mendonça MHM, organizador. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2018.
79. Iriart CB. *Atenção gerenciada: instituinte da reforma neoliberal*. [tese]. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP; 1999.
80. Mello E, Mattos R. Gestão do cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida. In: Mendonça MHM, organizador. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2018.
81. Norman AH, Russell AJ, Macnaughton J. The payment for performance model and its influence on British general practitioners' principles and practice. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(1):55-67.
82. Norman AH, Russell AJ, Merli C. The quality and outcomes framework: body commodification in UK general practice. *Soc Sci Med*. 2016;11(170):77–86.
83. Bleakley A. *Patient-centred medicine in transition: the heart of the matter*. Springer: London; 2014.
84. Scheffer M, organizador. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2018.
85. Nogueira MC, Ribeiro LC, Cruz OG. Desigualdades sociais na mortalidade cardiovascular precoce em um município de médio porte no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(11):2321-2332.
86. Hart JT. The inverse care Law. *Lancet*. 1972;297(7696):405 – 412.
87. Hart JT. *A new kind of doctor: the general practitioner's part in the health of the community*. London: The Merlin Press; 1988
88. Camargo Jr KR. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. *Physis*. 2007;76(1):63-76.
89. Greenhalgh T. Uncertainty and clinical method. In: Sommers LS, Launer J, organizadores. *Clinical uncertainty in primary care: the challenge of collaborative engagement*. London: Springer; 2013.
90. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006;3(10):e294.
91. Welch GH, Schwartz LM, Woloshin S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston: Beacon Press; 2011.

92. Gøtzsche PC. Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre: Bookman; 2016. E-Pub.
93. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Nunes CA. A Pesquisa na Atenção Primária à saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, organizador. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2018.
94. Rubenstein W, Talbot Y. Medical teaching in ambulatory care. Toronto: University of Toronto Press; 2013.
95. Bollela VR, Germani ACCG, Campos HH, Amaral E, editores. Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto. FUNPEC; 2014.
96. Schrewe B, Ellaway R, Watling C, Bates J. The Contextual Curriculum: Learning In the Matrix, Learning From the Matrix. Acad Med. 2018;93(11):1645-1651.
97. Carraccio C, Englander R, Van Melle E, Ten Cate O, Lockyer J, Chan MK, et al. Advancing competency-based medical education: a charter for clinician–educators. Acad Med. 2016;91(5):645-9.
98. Freidson E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora Unesp; 2009.
99. Ludmerer KM. Commentary: understanding the flexner report. Acad Med. 2010;85(2):193-196.
100. Starr P. The social transformation of American Medicine. New York: Basic Books; 1982.
101. Berliner HS. A larger perspective on the Flexner report. Int J Health Serv. 1975;5(4):573-92.
102. Lampert JB. Tendências de mudanças na Formação Médica no Brasil. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica; 2009.
103. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Cad. Saúde Pública. 2010;26(12):2234-2249.
104. Bonner TN. (1989). "The historical reputation of Abraham Flexner (1866-1959)". Acad Med. 1989;64(1):17-8.
105. Dent J (2005). AMEE Guide No. 26: Clinical teaching in ambulatory care settings: Making the most of learning opportunities with outpatients. Medical teacher. 27. 302-15.
106. Carraccio C, Wolfsthal S, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from flexner to competencies. Acad Med. 2002;77(5):361-367.

105. EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) EURACT Educational Agenda. Authorized Portuguese translation, guaranteed by Luís Filipe Gomes as Portugal Council Representative, free for academic purposes. Edição portuguesa da ADSO.
106. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade 2015. Disponível em: www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias.pdf
107. Ben AJ, Lopes JMC, Daudt CG, Pinto MEB, Oliveira MMC. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-16.
108. Arroyo M. Currículo, território em disputa. Petrópolis: Vozes; 2011.
109. Swanwick T. Understanding medical education. In: Swanwick T, organizador. Understanding medical education: evidence, theory, and practice. Chichester: John Wiley & Sons; 2014.
110. Kaufman DM, Mann KV. Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice. In: Swanwick T, organizador. Understanding medical education: evidence, theory, and practice. Chichester: John Wiley & Sons; 2014.
111. Lingard L. Rethinking competence in the context of teamwork. In: Hodges BD, Lingard L. The question of competence: reconsidering medical education in the twentieth-first century. Ithaca: Cornell University Press; 2012.
112. Spencer J, Mckimm J. Patient involvement in medical education. In: Swanwick T, organizador. Understanding medical education: evidence, theory, and practice. Chichester: John Wiley & Sons; 2014.
113. Plsek P, Greenhalgh T. Complexity Science: the challenge of complexity in health care. BMJ. 2001;323:625-628.
114. Bleakley A, Cleland J. Sticking with messy realities: how ‘thinking with complexity’ can inform healthcare education research. In: Cleland J, Durning SJ, editores. Researching Medical Education. Chichester: John Wiley & Sons; 2015.
115. Braithwaite J, Churrua K, Long JC, Ellis LA, Herkes J. When complexity science meets implementation science: a theoretical and empirical analysis of systems change. BMC Med. 2018;16(1):63.
116. Lingard L, McDougall A, Levstik M, Chandok N, Spafford MM, Schryer C. Representing complexity well: a story about teamwork, with implications for how we teach collaboration. Med Educ. 2012;46:869-877.
117. Yardley S, Teunissen PW, Dornan T. Experiential learning: AMEE Guide No. 63. Med Teach. 2012;34(2):e102-e115.
118. Foucault M. O nascimento da clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.

119. Irby DM. Educational continuity in clinical clerkships. *N Engl J Med*. 2007;356:856-857.
120. Bell K, Boshuizen HP, Scherpbier A, Dornan T. When only the real thing will do: junior medical students' learning from real patients. *Med Educ*. 2009;43(11):1036-1043.
121. Boggiano VL, Wu Y, Bruce JS, Merrell SB, Schillinger E. Patient-centered care challenges and surprises: through the clerkship students' eyes. *Fam Med*. 2016;49(1):57-61.
122. Bartlett M, Muir F. A new model of undergraduate clinical education? *Br J Gen Pract*. 2018;68(670):216-217.
123. Billett S, Sweet L. Participatory practices at work: Understanding and appraising healthcare students' learning through workplace experiences. In: Cleland J, Durning SJ, editores. *Researching Medical Education*. Chichester: John Wiley & Sons; 2015.
124. Torre D, Durning SJ. Social cognitive theory: thinking and learning in social settings. In: Cleland J, Durning SJ, editores. *Researching Medical Education*. Chichester: John Wiley & Sons; 2015.
125. Frambach JM, Driessen EW, Van Der Vleuten CPM. Using activity theory to study cultural complexity in medical education. *Perspect Med Educ*. 2014;3(3):190-203.
126. Johnston J, Dornan T. Activity theory: mediating research in medical education. In: Cleland J, Durning SJ, editores. *Researching Medical Education*. Chichester: John Wiley & Sons; 2015.
127. Steinert Y. Educational theory and strategies to support professionalism and professional identity formation. In: Cruess R, Cruess S, Steinert Y, editores. *Teaching medical professionalism: supporting the development of a professional identity*. Cambridge: Cambridge University Press; 2016. p. 68-83.
128. Lave J & Wenger E. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1991
129. Mann KV. Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities. *Med Educ*. 2010;45:60-68.
130. Artemeva N, Rachul C, O'Brien B, Varpio L. Situated learning in medical education. *Acad Med*. 2017;92(1):134.
131. Mann K, Gordon J, Macleod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv Health Sci Educ*. 2009;14(4):595–621.
132. Hu W, Little M. So what's the problem? Reflection and reflexivity as agents of change. *Med Educ*. 2015;49:1181-1183. doi:[10.1111/medu.12890](https://doi.org/10.1111/medu.12890)
133. Bleakley A. Stories as data, data as stories: making sense of narrative inquiry in clinical education. *Med Educ*. 2005;39(5):534–540.
134. Greenhalgh T. Why study narrative? *BMJ*. 1999;318:48–50.

135. Favoreto CAO, Camargo Junior KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface*. 2011;15(37):473-483.
136. Melvin L, Cavalcanti RB. The oral case presentation: a key tool for assessment and teaching in competency-based medical education. *JAMA*. 2016;316(21):2187–2188.
137. Haber RJ, Lingard LA. Learning oral presentation skills: a rhetorical analysis with pedagogical and professional implications. *J Gen Intern Med*. 2001;16(5):308-314.
138. Freeman TR. O relato do caso como ferramenta para ensinar o atendimento centrado na pessoa In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
139. Zaharias G. “Narrative-based medicine and the general practice consultation: Narrative-based medicine 2.” *Can Fam Physician*. 2018;64(4):286-290.
140. Barber S, Moreno-Leguizamon CJ. Can narrative medicine education contribute to the delivery of compassionate care? A review of the literature. *Med Humanit*. 2017;43(3):199-203.
141. Bynum W, Varpio L. When I say... hermeneutic phenomenology. *Med Educ*. 2017;52(3): 252-253.
142. Hopkins RM, Regehr G, Pratt DD. A framework for negotiating positionality in phenomenological research. *Med Teacher*. 2017;39(1):20-25.
143. Hooker C. Understanding empathy: why phenomenology and hermeneutics can help medical education and practice. *Med Health Care and Philosophy*. 2015;18(4):541–552.
144. Cridel K. An introduction to documentary research [Internet]. [cited 2018 Aug 20]. Available from: <http://www.aera.net/SIG013/Research-Connections/Introduction-to-Documentary-Research>.
145. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras Hist Ciências Sociais*. 2009;1(1):1-15.
146. McCulloch G. *Documentary research in education, history, and the social sciences*. New Fetter Lane: Routledge Falmer; 2004.
147. Walsh K. Documentary research and evaluation in medical education. *J Educ Eval Health Prof*. 2014;11:18
148. Gomes MK, Teixeira C, Giongo M, Halfoun V. educação baseada na comunidade (EBC): a experiência da Faculdade de Medicina da UFRJ. In: Valdes RB, et al, organizadores. *Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira*. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC; 2014.

149. Prado Junior JC. Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 10, n. 34, p. 1-9, mar. 2015. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1105>>. Acesso em: 10 ago. 2019. doi:[https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)1105](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(34)1105)).
150. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Internato Integrado em Medicina de Família e Comunidade e Saúde Mental. Manual do Internato. 2017.
151. Williams A, Katz L. The use of focus group methodology in education: some theoretical and practical considerations. *Int Electron J Leadersh Learn* 2001; 5(3).
152. Crossman A. Understanding purposive sampling an overview of the method and its applications [Internet]. [cited 2019 Mar 01]. Available from: <https://www.thoughtco.com/purposive-sampling-3026727>
153. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(3):266-277
154. Williamson AE, Ayres R, Allen J, Macleod U. Core intended learning outcomes for tackling health inequalities in undergraduate medicine. *BMC Med Educ*. 2015;15:66.
155. Zakaria S, Johnson EN, Hayashi JL, Christmas C. Graduate medical education in the Freddie Gray Era. *N Engl J Med*. 2015;373(21):1998-2000.
156. Stalmeijer RE, McNaughton N, Van Mook WN. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Med. Teacher*. 2014;36(11):923-939.
157. Gadamer H. Verdade e Método. Petrópolis: Vozes; 1999
158. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do Pensamento: epistemologia e método [livro eletrônico]. / Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
159. Tavakol, Mohsen & Sandars, John. (2014). Quantitative and qualitative methods in medical education research: AMEE Guide No 90: Part II. *Medical teacher*. 36. 1-11.
160. Reeves S, Peller J, Goldman J, Kitto S. (2013). Ethnography in qualitative educational research: AMEE Guide No. 80. *Med Teach*. 2013 Aug;35(8):e1365-79. doi: 10.3109/0142159X.2013.804977.
161. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(6):1090-1096
162. Bonney A, Albert G, Hudson JN, Knight-Billington P. Factors affecting medical students' sense of belonging in a longitudinal integrated clerkship. *Aust Fam Physician* 2014;43(1):53-57

163. Churrua K, Pomare C, Ellis LA, Long JC, Braithwaite J. The influence of complexity: a bibliometric analysis of complexity science in healthcare. *BMJ*. 2019;9(3):e027308.
164. Benbassat, J. Hypothesis: the hospital learning environment impedes students' acquisition of reflectivity and medical professionalism. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2019;24(1):185-194.
165. Gérvas J, Pérez-Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios em el Mar de La Incertidumbre. *Atenc Primaria*. 2005;35(2):95-98.
166. Burton C. Principles of assessment and treatment. In: Burton C, editor. *ABC of medically unexplained symptoms*. Chichester: John Wiley & Sons; 2013
167. Terra LSV. O Militante, o Sacerdote, o Missionário e o Tecnoburocrata: uma investigação participativa acerca de modalidades do trabalho médico alienado na Atenção Primária do SUS Campinas [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2017.
168. Hafferty F Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum *Academic Medicine*. 73(4):403–7, 1998.
169. Hojat M, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9):1182-91.
170. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lanc Psych*. 2016;3(2):171-178.
171. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
172. Ballester DA, Filippon AP, Braga C, Andreoli SB. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao Paulo Med. J*. 2005;123(2):72-76.
173. Goldberg SD. Are official psychiatric classification systems for mental disorders suitable for use in primary care? *Br J Gen Pract*. 2019;69(680):108–109.
174. Wenceslau LD. Saúde Mental Global e Atenção Primária à Saúde no Brasil: um estudo de caso sobre os cuidados às pessoas com sintomas depressivos na Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017
175. Poli Neto P. Encontros no centro de saúde: a medicina de família e comunidade (MFC) e o sofrimento social [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
176. Kirmayer LJ, Gomez-Carrillo A, Veissière S. Culture and depression in global mental health: an ecosocial approach to the phenomenology of psychiatric disorders. *Soc Scien Med*. 2017;183:163-168.

177. Branco RFGR, Freitas FCM, Bastos, GCFC, Adorno Pn. Grupos Balint In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC (org.) Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
178. Heritage J. Revisting authority in physician-patient interaction. In: Duchan JF, Kovarsky D, editores . Diagnosis as cultural practice. Walter de Gruyter & Co: Berlin; 2005.
179. Fortes S, Menezes A, Athié K, Chazan LF, Rocha H, Thiesen J, Ragoni C, Pithon T, Machado A (2014). Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1079-1102
180. Cutler JL, et al. Discrediting the notion “working with ‘crazies’ will make you ‘crazy’”: addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. *Adv in Health Sci Educ*. 2009;14(4):487-502.
181. Lucassen P, Van Boven K. Sintoma como diagnóstico. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática 2ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
182. Jackson JL, George S, Hinchey S. Medically unexplained physical symptoms. *J Gen Intern Med*. 2009;24(4):540-542.
183. Nunes J, Ventura T, Encarnação R, Pinto PR, Santos I. What do patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS) think? A qualitative study. *Ment Health Fam Med*. 2013;10(2):67–79.
184. Yon K, Nettleton S, Walters K, Lamahewa K, Buszewicz M. Junior doctors’ experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. *BMJ*. 2015;5:e009593.
185. Howman M, Walters K, Rosenthal J, Ajjawi R, Buszewicz M. “You kind of want to fix it don’t you?” Exploring general practice trainees’ experiences of managing patients with medically unexplained symptoms. *BMC Med Educ*. 2016;16(1):1-10.
186. Howman M, Walters K, Rosenthal J, Good M, Buszewicz M. Teaching about medically unexplained symptoms at medical schools in the United Kingdom. *Med Teach*. 2012;34(4):327-329.
187. Yon K, Habermann S, Rosenthal J, et al. Improving teaching about medically unexplained symptoms for newly qualified doctors in the UK: findings from a questionnaire survey and expert workshop. *BMJ Open*. 2017;7:e014720.
188. Aamland A, Fosse A, Ree E, Abildsnes E, Malterud K. Helpful strategies for GPs seeing patients with medically unexplained physical symptoms: a focus group study. *Br J Gen Pract*. 2017;67(661):e572-e579.
189. Yaphe J. Difficult patients, difficult doctors, and difficult relationships: how do we cope? *Rev Port Med Geral Fam*. 2012;28(5):334-335.

190. Dwamena CF, Lyles JS, Frankel R, Smith. In their own words: qualitative study of high-utilising primary care patients with medically unexplained symptoms. *BMC Fam Pract.* 2009; 10(1):67.
191. Schmidberger F, Loeffler-Stastka H. Empathy is proprioceptive: the bodily fundament of empathy - a philosophical contribution to medical education. *BMC Med Educ.* 2018;5(1):69.
192. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(2):399-407.
193. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 1999;4(2):393-403.
194. Archer J, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Data base of Systematic Reviews.* 2012;10. Art. No.: CD006525. DOI: 10.1002/14651858.CD006525.pub2.
195. Trino AT, Machado MPM, Rodrigues MB. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua: saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec; 2015
196. Papish A, Kassam A, Modgill G, Vaz G, Zanussi L, Patten S. Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ.* 2013;13:141
197. Abbey S, et al.. Stigma and discrimination. *Can J Psychiatry.* 2011;56. 1-9.
198. Kassam A, Glozier N, Leese M, Loughran J, Thornicroft G. A controlled trial of mental illness related stigma training for medical students. *BMC Med Educ* 2011,11:51.
199. Lyons Z, Aleksandar J. "Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice." *BMC Med Educ.* 2015; 15:34
200. Sharpless J, Baldwin N, Cook R, Kofman A, Morley-Fletcher A, Slotkin R, Wald HS. The becoming. *Acad Med.* 2015;90(6):713–717.
201. Cruess R, Cruess Y. Professionalism and professional identity formation: a cognitive base. In: Cruess R, Cruess S, Steinert Y, editors. *Teaching medical professionalism: supporting the development of a professional identity.* Cambridge: Cambridge University Press; 2016.
202. Porto MMA. Construção de uma matriz de competências para profissionalismo médico no Brasil [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2018.
203. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing medical education to support professional identity formation. *Academic Medicine.* 2014;89(11):1446–1451.
204. Helmich E, Yeh HM, Kalet A, Al-Eraky M. Becoming a doctor in different cultures. *Acad Med.* 2017;92(1):58–62.

205. Wald HS, White J, Reis SP, Esquibel AY, Anthony D. Grappling with complexity: medical students' reflective writings about challenging patient encounters as a window into professional identity formation. *Med Teach*. 2018;41(2):152-160.
206. Jarvis-Selinger S, Pratt D, Regehr G. Competency is not enough: integrating identity formation into the medical education discourse. *Acad Med*. 2012;87(9): 1185-90.
207. Brainard AH, Brislen HC. Viewpoint: learning professionalism: a view from the trenches. *Acad Med*. 2007;82(11):1010-1014.
208. Bleakley A. Medical humanities and medical education: how the medical humanities can shape better doctors. London: Routledge; 2015
209. Svenberg K, Wahlqvist M, Mattsson B. "A memorable consultation": Writing reflective accounts articulates students' learning in general practice. *J Prim Health Care*. 2007;25(2):75-79
210. Gervas J, Pérez Fernández M, Gutiérrez Parres B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Atenc Prim*. 2009;41(1):41-44
211. Boudreau J. The evolution of an undergraduate medical program on professionalism and identity formation. In: Cruess R, Cruess S, Steinert Y, editors. *Teaching medical professionalism: supporting the development of a professional identity*. Cambridge: Cambridge University Press; 2016. p. 217-230.
212. Volpe RL, Hopkins M, Haidet P, Wolpaw DR, Adams NE. Is research on professional identity formation biased? Early insights from a scoping review and metasynthesis. *Med Educ*. 2019;53(2):119-132
213. Mann K, Gaufberg E. Role modeling and mentoring in the formation of professional identity. In: Cruess R, Cruess S, Steinert T, editors. *Teaching medical professionalism: supporting the development of a professional identity*. Cambridge: Cambridge University Press, 2016.
214. Panagioti M, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2018;178(10):1317–1331
215. Bateman J, Francis R, Thistlethwaite J. Medical student burnout and professionalism. *JAMA*. 2011;305(1):37-8.
216. Silveira GL, Campos LKS, Schweller M, Turato ER, Helmich E, Carvalho-Filho MA. Speed up"! The influences of the hidden curriculum on the professional identity development of medical students. *Health Prof Educ*. 2018. DOI: doi.org/10.1016/j.hpe.2018.07.003.
217. Montori V. *Why we revolt: a patient revolution for careful and kind care*. Rochester: The Patient Revolution; 2017.

218. Bleakley A. Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking. *Med Educ.* 2006;40(2):150-157.
219. Thistlethwaite J, Kumar K, Roberts C. Becoming interprofessional: professional identity formation in the health professions. In: Cruess R, Cruess S, Steinert Y, editores. *Teaching medical professionalism: supporting the development of a professional identity*. Cambridge: Cambridge University Press; 2016.
220. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface.* 2018;22(2):1525-1534.
221. Han B. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes; 2015.
222. Bleakley A, Brice J, Bligh J. Thinking the post-colonial in medical education. *Med Educ.* 2008;42(3):266-270.
223. Maia MV, Struchiner M. Aprendizagem significativa e o portfólio reflexivo eletrônico na educação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2016;40(4):720-730.
224. Stelet BP, et al. Portfólio reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico. *Interface.* 2017;21(60):165-176.
225. Bastos DF, Cunha AJLA, Souza AN. The experience of family medicine interns conducting McGill ILLNESS narrative interview with non-compliant chronic patients. *Rev Bras Educ Med.* 2018;42(3):178-188.
226. Garcia MAA, Nascimento GEA. Aplicação do portfólio nas escolas médicas: estudo de revisão. *Rev Bras Educ Med.* 2019;43(1):163-174.
227. Medeiros NS, Santo TR, Trindade EMV, Almeida KJQ. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Rev Bras Educ Med.* 2013;37(4):515-525.
228. Forte M, Souza WL, Silva RF, Prado AF. Portfólio reflexivo eletrônico: resultados de um projeto piloto. *Rev Br Educ Med.* 2016;40(2):234-244.
229. Marin MJS, et al. O uso do portfólio reflexivo no curso de medicina: percepção dos estudantes. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(2):191-198.
230. Bradner MK, Crossman SH, Gary J, Vanderbilt AA, VanderWielen L. Beyond diagnoses: family medicine core themes in student reflective writing. *Fam Med* 2015;47(3):182-186.
231. Pitkala KH, Mäntyranta T. Feelings related to first patient experiences in medical school. *Patient Educ Couns.* 2004;54(2):171-177.
232. Gontijo ED, et al. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2013;37(4):526-539.

233. Cavalcante JK, Soares FJP, Correia DS. Desenvolvimento discente no estágio em estratégia saúde da família. *Rev Bras Educ Med*. 2104; 38(1):15-24.
234. Figueiredo FP, Bernuci MP, Oliveira RG, Ideriha NM, Massuda EM, Yamaguchi M. A trajetória da implantação de um internato de Saúde Mental em uma instituição de ensino superior. *Interface*. 2019;23(1):e170898.
235. Lai NM, Teng CL. Self-perceived competence correlates poorly with objectively measured competence in Evidence Based Medicine among medical students. *BMC Med Educ*. 2011;11:25
236. Bligh B, Flood M. The change laboratory in higher education: research intervention using activity theory. In: Huisman J, Tight M, editors. *Theory and method in higher education research*. Bingley: Emerald; 2018.
237. Ramani S, Mann K, Taylor David, Thampy H. Residents as teachers: near peer learning in clinical work settings: AMEE Guide No. 106. *Med Teach*. 2016;38(7):642-655.