

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CAMPUS SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

MARCELO CALAZANS DUARTE DE MENEZES

**PROFISSIONALISMO: PERCEPÇÃO DE
ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - CAMPUS
DE ARAPIRACA**

São Carlos-SP

2023

MARCELO CALAZANS DUARTE DE MENEZES

**PROFISSIONALISMO: PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DO CURSO DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - CAMPUS DE
ARAPIRACA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Guerra Aquilante

São Carlos-SP

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Marcelo Calazans Duarte de Menezes, realizada em 29/09/2023.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Aline Guerra Aquilante (UFSCar)

Profa. Dra. Sheyla Ribeiro Rocha (UFSCar)

Profa. Dra. Rosana Quintella Brandão Vilela (UFAL)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

Dedico essa dissertação aos meus pais e família, por serem a base que me permitiu sentir e compreender a potência revolucionária que a educação proporciona.

AGRADECIMENTOS

Quero aqui demonstrar minha gratidão a pessoas que foram fundamentais para a construção desta dissertação, primeiramente agradecendo aos meus pais: Ana Julia Calazans e Sergio Menezes, por serem os grandes estimuladores do crescimento científico meu e do meu irmão, lutadores incansáveis por uma ciência engrandecedora da dignidade humana.

Sou um felizardo por ter a minha esposa: Larissa Gabriella Sá, como uma ouvinte de ideias e lamentações da dissertação, bem como pelas sugestões que aperfeiçoaram o texto. Acima de tudo, uma companheira fundamental para que eu me dedicasse de corpo e alma à escrita. Agradeço às minhas filhas: Helena Calazans Sá e Luiza Calazans Sá, pela compreensão das horas que me ausentei para mergulhar na escrita. Tenho certeza de que elas entendem ou entenderão que faço isso por toda nossa família.

Quero agradecer a meus sogros: João Teixeira e Marcia Sá, que no momento angustiante da Pandemia Covid-19 foram nosso porto seguro, ajudando ainda no berçário da dissertação. Fundamentais também nesse início, queria agradecer a todos meus colegas do Mestrado, em nome da colega Aloide Ladeia, que representa toda essa relação cordial, profissional e sincera, apesar da distância física.

Tenho gratidão plena a prof. Rozana Vilela, que além de estar na banca de minha qualificação e defesa, com grandes contribuições ao texto, foi a norteadora dos primeiros passos da escrita. Desejo agradecer também a prof. Sheyla Rocha, que me ajudou muito com suas perguntas potencializadoras e inquietas.

Tenho certeza de que essa dissertação só foi finalizada sem eu precisar de assistência hospitalar graças à tranquilidade e suavidade da orientação da prof. Aline Aquilante, que me escutou como ninguém, teve ideias simples e geniais para contribuir no texto, mas fundamentalmente foi a guia acolhedora de um belo processo educacional.

Quero finalizar esse agradecimento ao foco que tenho em meu estudo e cada vez mais em minha vida. Quero agradecer aos discentes do curso de Medicina da Ufal-Arapiraca, em especial à Turma III, que participou de coração aberto do grupo focal. Quero também agradecer todo corpo docente, que nos recebeu no curso de forma acolhedora e que está de braços abertos às ideias e ações que essa dissertação já iniciou e as que ainda virão. Muito Obrigado!

RESUMO

O avanço tecnológico nas ciências ocorrido no último século aperfeiçoou a acurácia nos meios de diagnósticos e tratamento na saúde; em contrapartida, robotizou as relações entre médicos e seus pacientes. Nessa perspectiva, urge o debate da construção de um novo modelo para o profissionalismo médico, o qual busque humanizar essa complexa relação. Dentro desse novo conceito de profissionalismo, as escolas médicas precisam estar atentas para que temas como bioética, comunicação, autonomia do paciente e justiça social estejam inseridos no processo de ensino e aprendizagem dos discentes. Problematizando o conceito de profissionalismo médico enquanto docente do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) - Campus de Arapiraca e mestrando do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC), chegou-se à seguinte pergunta de pesquisa: de que forma o corpo discente do curso de Medicina da UFAL - Campus de Arapiraca percebe, ao longo da graduação, o desenvolvimento do perfil de competência em relação ao profissionalismo? Dessa forma, o objetivo geral do presente estudo é compreender a percepção do corpo discente da UFAL - Campus de Arapiraca no que diz respeito ao desenvolvimento do perfil de competência em relação ao profissionalismo ao longo da graduação em Medicina. Como objetivos específicos se têm: apreender e discutir os princípios e concepções sobre profissionalismo na perspectiva discente; e evocar as oportunidades de aprendizagem sobre profissionalismo vivenciadas durante o curso médico. Trata-se de um estudo de caso transversal e exploratório em que foi utilizada abordagem de pesquisa qualitativa. Foi realizado um grupo focal, de maneira *online*, com alunos prestes a ingressar no último ano do curso de Medicina. O material foi analisado segundo o Método de Interpretação de Sentidos. Em relação aos aspectos éticos, todos os estudantes foram convidados e esclarecidos sobre os possíveis riscos da pesquisa, sendo apresentado o Termo de Esclarecimento Livre e Consentido (TCLE). A reinterpretção das falas contextualizadas fez surgir as categorias de análise que dialogam de forma arraigada com o profissionalismo, sendo estas: Comunicação e Humanização; Profissionalismo e Integralidade do cuidado; e Currículo Oculto. Foi perceptível que vários atributos relacionados ao profissionalismo estão sendo incorporados pelos estudantes ao longo da graduação, como: responsabilidade, auto-reflexão, respeito ao paciente, ética, trabalho em equipe e responsabilidade social. No entanto, o currículo oculto apareceu como um entrave para o desenvolvimento dos atributos do profissionalismo. No sentido de atenuar os efeitos deletérios do currículo oculto, foi desenvolvido um conjunto de ações derivado dessa pesquisa, que pode ser caracterizado como um Produto Técnico: inserção do termo profissionalismo médico em ementas de módulos educacionais relacionados à prática médica que compõem a nova versão do PPC do curso, publicada em agosto de 2023; e a oferta de um curso de Metodologias Ativas de Aprendizagem, iniciado em agosto de 2023, para 80% dos professores do curso, com o objetivo de aprimorar o processo ensino-aprendizagem para o desenvolvimento de atributos do profissionalismo médico.

Palavras-chave: Profissionalismo, Educação Médica, Graduação em Medicina.

ABSTRACT

The technological advances in science that occurred in the last century have improved the accuracy of diagnostics and treatment in health; on the other hand, it robotized the relationships between doctors and their patients. From this perspective, there is an urgent need to debate the construction of a new model for medical professionalism, which seeks to humanize this complex relationship. Within this new concept of professionalism, medical schools need to be aware that topics such as bioethics, communication, patient autonomy and social justice are included in the teaching and learning process of students. Problematizing the concept of medical professionalism as a professor of the Medicine course at the Federal University of Alagoas (UFAL) - Arapiraca Campus and a master's student in the Postgraduate Program in Clinical Management (PPGGC), the following research question was reached: How does the student body of the Medicine course at UFAL - Arapiraca Campus perceive, throughout their undergraduate studies, the development of their competence profile in relation to professionalism? Therefore, the general objective of the present study is to understand the perception of the student body at UFAL - Arapiraca Campus with regard to the development of the competence profile in relation to professionalism throughout the medical degree. The specific objectives are: to understand and discuss the principles and conceptions about professionalism from the student perspective; and evoke learning opportunities about professionalism experienced during the medical course. This is a cross-sectional and exploratory case study in which a qualitative research approach was used. An online focus group was held with students about to enter the final year of the Medicine course. The material was analyzed according to the Meaning Interpretation Method. Regarding ethical aspects, all students were invited and informed about the possible risks of the research, and the Free and Consent Form (TCLE) was presented. The reinterpretation of contextualized speeches gave rise to categories of analysis that have an ingrained dialogue with professionalism, namely: Communication and Humanization; Professionalism and Comprehensiveness of care; and Hidden Curriculum. It was noticeable that several attributes related to professionalism are being incorporated by students throughout their degree, such as: responsibility, self-reflection, respect for patients, ethics, teamwork and social responsibility. However, the hidden curriculum appeared as an obstacle to the development of professionalism attributes. In order to mitigate the harmful effects of the hidden curriculum, a set of actions derived from this research was developed, which can be characterized as a Technical Product: insertion of the term medical professionalism in menus of educational modules related to medical practice that make up the new version of the Course PPC, published in August 2023; and the offer of an Active Learning Methodologies course, starting in August 2023, for 80% of the course's teachers, with the aim of improving the teaching-learning process for the development of attributes of medical professionalism.

Keywords: Professionalism, Medical Education, Graduation in Medicine.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 09 |
| 2 MARCO TEÓRICO | 15 |
| 2.1 EDUCAÇÃO NA SAÚDE E A INTEGRALIDADE | 15 |
| 2.2 EDUCAÇÃO MÉDICA E AS NECESSIDADES DE SAÚDE | 18 |
| 2.3 PROFISSIONALISMO MÉDICO | 32 |
| 2.3.1 Comunicação e Ética na Prática Médica | 36 |
| 2.3.2 Currículo Oculto | 40 |
| 2.3.3 Humanização | 44 |
| 3 OBJETIVOS | 50 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL | 50 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 50 |
| 4 CAMINHOS METODOLÓGICOS | 51 |
| 4.1 PESQUISA QUALITATIVA | 51 |
| 4.2 CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA | 51 |
| 4.3 TÉCNICAS DE APROXIMAÇÃO COM O OBJETO | 55 |
| 4.4 PROCESSAMENTO E INTERPRETAÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO ... | 57 |
| 4.5 ASPECTOS ÉTICOS | 58 |
| 5 DESCOBERTAS | 61 |
| 5.1 COMUNICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO | 61 |
| 5.2 PROFISSIONALISMO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO | 67 |
| 5.3 CURRÍCULO OCULTO | 74 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 80 |
| REFERÊNCIAS | 84 |
| APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 96 |
| APÊNDICE B - Roteiro Semi-estruturado para o grupo focal | 99 |

1 INTRODUÇÃO

Já que finalmente a sociedade começou a questionar a qualidade de nossa medicina moderna, é preciso verificar onde nascem as águas desse desamparo. Começemos pela ideologia da medicina moderna, que tenta passar por ciência exata, quando não é. Quantos erros médicos são cometidos pela onipotência que esta visão nos traz! A crença em que a medicina tudo pode, ou tudo poderá um dia, faz com que o limite entre o tecnológico e o humano esteja perdido. Se o exame não acusa a dor que o paciente diz sentir, pior para o paciente. (...) nossas dores, nossos modos, não virão antes da alma que do corpo? Será que as doenças não fazem senão refletir a nossa situação emocional, social e política? (...) Nos EUA, de onde importamos este modelo, já é evidente o descompasso entre o investimento e a qualidade da medicina resultante. (...) Boa parte deste desequilíbrio vem desta mentalidade que nos impregna desde a faculdade. Nós, médicos, achamos mais importante ouvir a máquina do que as palavras dos pacientes. (...) acreditamos mais na técnica do que em nós mesmos (Ferreira, 1990 *apud* Minayo, 1993, p.23).

Ao longo da história humana, as tecnologias vêm sendo gradualmente aprimoradas, com progressos nos mais diversos campos do conhecimento. Incluem-se neste contexto as inovações do campo médico, em especial aquelas relacionadas ao diagnóstico por imagem. Ao mesmo tempo em que essas tecnologias revolucionaram a acurácia no diagnóstico e no tratamento das mais diversas condições, tendem a superficializar as relações entre médicos e seus pacientes (Andrade, 2018).

No início do século XX, era possível observar uma relação mais artesanal e direta entre os médicos e aqueles sob seus cuidados. Ou seja, a confiança, o respeito e o sigilo eram os alicerces desse contrato social. O aprofundamento do sistema de produção capitalista desumanizou a relação médico-paciente e produziu um cenário de mercantilização da prestação do cuidado, gerando consequências denominadas por estudiosos como “coisificação do trabalho médico” (Nascimento Sobrinho; Nascimento; Carvalho, 2005).

Desde o final do século XX, há um robusto debate internacional sobre a crise do relacionamento da classe médica com a sociedade. Essa crise de relações no cuidado é ainda reforçada pela crescente mercantilização nos sistemas de saúde e pela dificuldade de reformular o ensino médico. Assim, construir um novo pacto entre os médicos e a sociedade é imperativo para melhorar a prestação dos cuidados em saúde (Koifman, 2001).

Tanto essa mercantilização quanto a desumanização do trabalho médico têm colocado em xeque a hegemonia do modelo biomédico que, por ser muito biologicista e reducionista, reforça o distanciamento da relação médico/paciente. Esse modelo é reproduzido pelo ensino médico há décadas, a partir do estímulo à fragmentação excessiva da grade curricular e do reducionismo no entendimento do processo saúde-doença (Koifman, 2001).

Esse afastamento no vínculo social não é só um problema dentro do ensino em saúde, mas fundamentalmente de toda a sociedade, segundo a concepção da modernidade líquida de Bauman (2001). Essa precarização das redes de laços sociais dificulta toda construção sólida de trocas entre os seres humanos, gerando uma “liquidez” nos relacionamentos interpessoais, valorizando a individualidade e acabando por desfragmentar as instituições. Esse é mais um desafio nesse contexto de precarização e empobrecimento da relação dos profissionais da saúde com a humanidade.

No que se refere ao ensino médico, a distância entre os atores do processo de ensino e aprendizagem se agrava quando não são incorporadas as particularidades regionais nas práticas de saber. A formação médica no Brasil cronicamente se concentra em regiões populosas, deixando boa parte do território nacional descoberta de atenção. Para atender esse processo de interiorização, surge a lei que regulamenta o programa Mais Médicos, que cita logo no seu primeiro artigo:

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:
I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde (Brasil, 2013).

Dentro desse contexto de interiorização do curso médico no Brasil, insere-se a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), a qual, através da Portaria MEC/SESU nº 109, de 5 de junho de 2012, foi autorizada a criar o curso de medicina no *campus* de Arapiraca, localizado na região agreste do estado de Alagoas. Vale ressaltar que o próprio Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) da UFAL estimula a ampliação de vagas de ensino superior no interior do estado, tentando se aproximar das particularidades e dos valores que as diferentes necessidades em saúde das

regiões exigem do futuro profissional médico (UFAL, 2005). Esse conceito de regionalismo é explorado por Rego:

Em suma, nos ‘muitos Brasis’ que compõem a nação brasileira real, a formação médica deve necessariamente enfrentar o desafio de pensar, simultaneamente, o universalismo das regras morais e o particularismo das diferenças, atuando com sensibilidade para com todos e cada um, fazendo com que o ‘nós’ seja inclusivo das diferenças legítimas, não das moralmente inaceitáveis (Rego, 2005, p.10).

Tendo em vista o contexto de revisão dos currículos médicos, no qual o Brasil encontra-se inserido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de medicina foram revistas em 2014 e apontam para a ampliação do fazer e pensar da ação médica:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde [...] com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (Brasil, 2014, p. 8-11).

Entende-se, assim, que as DCNs aproximam sua compreensão do perfil de competência para o egresso do curso de medicina àquelas habilidades que remetem ao conceito de “profissionalismo”, ainda que esta expressão não tenha sido explicitamente utilizada.

Apesar de haver variações de conceito discutidas na literatura para o termo profissionalismo, este pode ser compreendido como um perfil de competência que articula habilidades de comunicação, conhecimento técnico, ética, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão da prática para o cuidado do indivíduo e da comunidade (Zink; Halaas; Brooks, 2009). De tal modo, para esses pesquisadores, o profissionalismo é o alicerce do contrato social entre os médicos e a sociedade, sendo fundamental para a modernização do ensino em saúde, em consonância com as DCNs.

No século XXI, o profissionalismo explora um conjunto de valores e regras que tentam aproximar os médicos dos indivíduos, humanizando a prestação do cuidado, reforçando a autonomia dos pacientes e a justiça social. Igualmente assumem um papel fundamental a promoção desse conceito, o estímulo para o ensino e a avaliação desses valores durante o curso médico (Rego, 2012).

A formação médica está envolvida nessa discussão, pois é fundamental que o perfil de competência profissional esteja no cerne do currículo médico. Além do mais, os currículos médicos têm que desenvolver estratégias para trabalhar os conceitos do profissionalismo, como autonomia e comunicação, por exemplo, mas com adaptações frente à cultura local. É visível que não há como trabalhar um tema complexo dentro de realidades tão diferentes, sem fazer apropriações que incorporem os contextos socioculturais (Parck *et al.*, 2017).

Já há vários estudos mostrando que a estrutura do profissionalismo no mundo ocidental não é a mesma no mundo oriental (Parck, *et al.*, 2017). Além disso, a percepção do corpo discente sobre o profissionalismo muda ao longo do curso médico, reforçando que, para otimizar a aprendizagem desse tema, é necessário promover adaptações de abordagem ao longo da graduação. O estudante no início do curso, por exemplo, tem um foco maior no cuidado da formação técnica; nesse momento, seria importante que fossem trabalhadas habilidades do profissionalismo relacionadas à capacidade técnica e à educação continuada (Randall, *et al.*, 2016).

Portanto, ao focar a inserção dessa temática no Brasil, as adequações curriculares frente às questões socioculturais e ao nível de graduação do estudante, encontram-se obstáculos na padronização da definição do profissionalismo e na criação de métodos de avaliação que sejam aplicáveis de modo contínuo ao longo do curso. Atualmente, cada curso médico cria seu próprio modelo de avaliação, dificultando uma apreciação ampla do desenvolvimento do perfil de competência (Santos *et al.*, 2020).

O desenvolvimento do profissionalismo na formação de Graduação é desafiador pois depende de vários fatores, sendo alguns não dependentes do modelo de ensino da Universidade. Os aspectos cognitivos, psicossociais e até temporais são fundamentais para a maturidade profissional e atuam de forma diferente em cada aluno, sendo improdutivo a procura da sabedoria profissional completa ao longo do curso. A grande questão é como oportunizar as condições necessárias para aprender os atributos do profissionalismo médico ao longo do curso e maturá-los após a conclusão da graduação, por meio de experiências vivenciadas no exercício da profissão (Hilton; Slotnick, 2005).

A experiência enquanto médico e professor universitário torna possível perceber, de forma mais clara, esses obstáculos na definição e na prática do que seria um médico profissional. Ninguém quer ser anti-profissional, mas a crise no

relacionamento dos médicos e da sociedade está estabelecida. Portanto, cabe a nós compreender e tentar criar um novo laço de aproximação desses atores. A crise nos sistemas de saúde, a qual acarreta em aumento de custos e evidencia o distanciamento da comunidade e dos profissionais de saúde, além das demandas da tripla carga de doenças, é um caldo de cultura para condutas questionáveis e para a precarização do cuidado. Assim, urge problematizar uma forma mais adequada de formar profissionais reflexivos e críticos para enfrentar esses desafios.

Como médico formado há 12 anos em universidade pública e com especializações cursadas também em universidades públicas com acesso direto ao SUS, tive a oportunidade de vivenciar o campo da assistência e do ensino, o que trouxe riquezas pessoais e profissionais. Desde o ano de 2020, estou de volta à universidade onde me formei, agora como professor e em um *campus* recentemente constituído, a UFAL - *Campus* de Arapiraca. Um curso novo, tendo formado apenas duas turmas até o presente momento, com projeto pedagógico baseado nas Metodologias Ativas de Aprendizagem e que apresenta desafios regionais de infraestrutura e de quantidade de professores, agravados pelo aspecto da interiorização, por estar distante dos grandes centros urbanos.

Os últimos 16 anos foram de muitas observações, dúvidas e inquietudes sobre como se dá a formação médica no Brasil. Ainda não conhecia o termo “profissionalismo médico”, mas minhas aflições como estudante e depois como professor orbitavam sobre esse tema, diria, até, que de modo intuitivo.

Percebo também, com base na minha experiência nos últimos 8 anos na docência, que os estudantes de medicina ficam extremamente ansiosos em como se comportar frente às doenças crônicas e mais prevalentes na prática clínica. Acredito que, se o curso médico explorasse outras competências, além daquelas relacionadas às habilidades técnicas de diagnóstico e de tratamento, os médicos buscariam outros recursos para auxiliar no cuidado das pessoas. A qualificação do processo de formação do médico é fundamental para aperfeiçoar as relações de educação e trabalho, com foco na humanização da prestação do cuidado em saúde.

Hilton e Slotnick (2005) definiram profissionalismo de uma forma muito semelhante a essa discussão sobre a humanização na ação: “uma prática médica reflexiva para um agir ético” (pg. 61, tradução nossa). Trata-se de uma definição curta, mas que consegue abranger a complexidade dos problemas atuais entre a sociedade e os médicos, conseguindo apresentar um caminho para uma resposta

efetiva. Essa definição toma por base seis grandes domínios: Ética; Auto-Reflexão; Responsabilidade; Respeito aos pacientes; Trabalhar em equipe e Responsabilidade social. Essa definição será adotada e utilizada como guia ao longo do trabalho.

Esses domínios dialogam com a política de humanização do SUS, visto que esta promove e fortalece a integração dos pacientes, usuários e gestores para alcançar a melhoria na assistência e no funcionamento das unidades de saúde, com foco no ser humano. No momento em que fui apresentado a esse conceito e suas íntimas relações na prestação do cuidado humanizado, senti-me provocado a desenvolver melhor o tema durante o Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Diante disso, surgiu a pergunta que inspirou toda a pesquisa: de que forma o corpo discente do curso de Medicina da UFAL - *Campus* de Arapiraca percebe, ao longo da graduação, o desenvolvimento do perfil de competência em relação ao profissionalismo?

Esse estudo se justifica considerando as seguintes dimensões: compreender como se desenvolve o profissionalismo dentro do curso médico para entender e aprimorar as práticas educativas de ensino e aprendizagem desde os anos iniciais da graduação; ademais, conhecer o desenvolvimento das competências que englobam a definição de profissionalismo no curso médico. Essas dimensões qualificam o ensino, apontando suas fortalezas e os desafios a serem aprimorados. Além disso, o desenvolvimento de uma pesquisa com essa temática é capaz de aproximar os atores envolvidos destes conceitos, que ainda parecem pouco conhecidos e divulgados pela comunidade acadêmica (Sattar *et al.*, 2021).

2 MARCO TEÓRICO

Pretende-se contextualizar os aportes teóricos que embasaram a pesquisa bibliográfica e que deram substrato histórico e epistemológico para buscar melhor compreender o profissionalismo médico no Brasil e no mundo. Não seria possível começar a abordar o tema sem falar sobre como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de um dos seus princípios mais importantes, que é a integralidade, interage com o ensino em saúde.

2.1 EDUCAÇÃO NA SAÚDE E A INTEGRALIDADE

A constituição teórica do SUS é proveniente de décadas de luta do corpo da saúde e da sociedade. Seu nascimento vem com o objetivo de democratizar o acesso à saúde e, fundamentalmente, atender de forma integral a todos os brasileiros. Os princípios do SUS norteiam uma lógica anti-mercantil no cuidado em saúde, favorecendo a humanização, a participação popular e a promoção de saúde (González; Almeida, 2010).

A integralidade é um termo polissêmico que pode dialogar com a organização do SUS para conseguir dar conta das demandas da sociedade e de suas respectivas complexidades. Reafirma, também, o conjunto de políticas públicas que orbitam o SUS para conseguir integrar as ações em saúde. Além disso, a integralidade fala muito sobre a prestação do cuidado em si e tem um olhar voltado para como o profissional da saúde precisa ser integral na sua prática cotidiana, articulando as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos e do processo saúde-doença (Paim; Silva, 2010).

Mattos e Pinheiro (2006) pontuam sobre essas várias definições de integralidade, alegando que é um conceito que, ao mesmo tempo, pode ser visto como uma potencialidade ou como uma fragilidade, pois se a compreensão a qual se deseja discutir não for delimitada, pode-se adotar uma abordagem vaga ou tecnocrata por ser focada somente no dispositivo legal da constituição. No entanto, se forem consideradas as potências quase revolucionárias com as quais a integralidade dialoga, percebe-se uma força imaginativa e de luta para um sistema de saúde verdadeiramente democrático e pleno. Em outros termos, a integralidade pode ser assim definida:

De fato, a integralidade apresenta-se como princípio articulador no SUS, quebrando a prévia dissociação entre saúde pública e assistência médica, sendo sua abrangência semântica marcante na literatura, com necessidade de ampla análise teórica e prática de suas repercussões, uma vez que não há conceito ou definição amplamente estabelecidos sobre o tema (Dias *et al.*, 2018, p. 24).

Os aspectos organizacionais de um sistema de saúde integral têm a descentralização como guia para estabelecimento de uma rede de serviços mais ampla e efetiva. Várias práticas avançadas de gestão e de cuidado em saúde foram obtidas nessa junção entre saúde pública e assistência médica em si. O manejo menos hierarquizado do sistema, empoderando a gestão local, é extremamente importante, mas ainda insuficiente para que se possa transformar o SUS em um sistema verdadeiramente universal, igualitário e democrático (Silva; Tavares, 2004).

Os gargalos existentes na micropolítica da gestão e no funcionamento da rede de saúde em si são obstáculos a serem superados com mudanças profundas nos processos de trabalho, na organização de redes integradas e vivas, e com a cogestão como baluarte na resolução de conflitos. Isso é fundamental para aprimorar o cuidado em saúde, no entanto é insuficiente se não for enfrentado o desafio basilar de revolucionar a formação dos profissionais da área da saúde (Silva; Tavares, 2004).

A formação tecnocrática e biologicista que permeia a pedagogia nos cursos da área da saúde acaba favorecendo que os futuros profissionais tenham mais foco na enfermidade do que nas pessoas. Resultam numa postura mais individualista no processo de ensino e de trabalho, dificultando o relacionamento interprofissional e com os usuários do sistema. Desmitificar o processo saúde-doença, colocando o ser humano no centro do processo é, pois, fundamental para conseguir dar dignidade aos usuários e aos futuros trabalhadores da saúde (Fontoura; Mayer, 2006).

O grande obstáculo na formação destes futuros trabalhadores está bem estabelecido na literatura de Ceccim e Feuerwerker (2004), os quais exploram esse tema:

Podemos dizer que há consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário,

adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p.1402).

Quando estamos pensando no acolhimento da população em uma unidade de saúde, por exemplo, não especificamos qual profissional pode ou deve realizar, mas reafirmamos a importância de que isso seja desempenhado por todos os trabalhadores da saúde envolvidos. Para um atendimento integral, é necessário que os profissionais estejam próximos dos atores envolvidos, aumentando a auto-responsabilização, a humanização e a resolutividade desse encontro. Isso aprofunda os outros olhares em relação ao processo saúde-doença e estimula a participação crítica de todos os atores envolvidos (Fontoura; Mayer, 2006).

Merhy (2005) define esse acolhimento inicial, por exemplo, como uma tecnologia leve, pois está no campo das relações de vínculo, autonomização e gestão. Esse tipo de tecnologia é subvalorizado no ensino biomédico tradicional, o que impossibilita uma ação de ensino/trabalho em saúde verdadeiramente integralizante. A hierarquia das tecnologias, valorizando as do tipo dura em detrimento da leve e da leve/dura, acaba por estimular a hiper fragmentação do cuidado e a valorização exacerbada do médico e do professor, ao invés do usuário e do aluno. Ceccim e Feuerwerker (2004) assim definem essa dificuldade da hierarquização do ensino:

Na abordagem clássica da formação em saúde, o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, planejado segundo o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 1404).

O ensino precisa estar inserido no do ambiente de trabalho para que esses encontros alimentem um processo pedagógico ativo de ensino, em que o aluno seja o centro desse processo. Para que consigamos formar profissionais cada vez mais ativos na resolução de problemas complexos, no trabalho coletivo e interprofissional, na busca do senso crítico e da responsabilidade social, é necessário trabalhar as variáveis atitudinais que estão intimamente ligadas ao ensino em serviço. (Lacerda; Santos, 2018).

Entretanto, Mattos (2020) resume essa relação de Integralidade e ensino assim:

A integralidade exige profissionais capazes de compreender o significado do sofrimento, da doença e das propostas de intervenção no modo de andar a vida. Isso talvez implique uma habilidade de situar o outro no contexto do modo de andar a vida da comunidade à qual pertence e no seu modo singular de andar a vida. Mas também uma habilidade de compreender o significado da demanda pelo serviço de saúde e o significado da nossa oferta de propostas terapêuticas no contexto mais específico de cada encontro com as pessoas. No fundo, a integralidade exige profissionais que entrem em contato com os sujeitos com quem nos encontramos em nossas práticas de saúde (Mattos, 2020, p. 92).

Se considerarmos a integralidade como a nossa utopia no cuidado em saúde, ela também deveria ser o horizonte de busca para reformular a formação dos nossos profissionais, construindo esse devir histórico e estimulando uma prática de ensino crítica, reflexiva e humanizante. A longitudinalidade nas relações de um trabalho vivo pode ser a força motriz para guiar um ensino vivo, que consiga realmente dar conta das necessidades de saúde da população.

2.2 EDUCAÇÃO MÉDICA E AS NECESSIDADES DE SAÚDE

Em seguida, faremos um resumo do ensino médico do Brasil do século XX até os dias atuais, para melhor compreender como a educação médica dialogou com as necessidades de saúde da população da época. Essa contextualização é importante, para entender as pressões políticas, econômicas e sociais que moldam a formação dos médicos no Brasil.

Os primeiros três séculos do Brasil foram marcados pela total ausência de uma política de estado para a saúde e conseqüentemente para o ensino superior. A assistência Médica era basicamente função de físicos, cirurgiões, barbeiros, boticários e curandeiros com uma íntima relação e formação por meio do aparelho educacional dos Jesuítas. No fim do século XVIII, a assistência ficou restrita a somente três profissionais: os apotecários, os cirurgiões e os médicos clínicos, todos formados nas faculdades europeias (Batista; Vilela; Batista, 2015).

Somente com a chegada do príncipe regente ao Brasil Colônia é que tivemos a abertura do primeiro curso de medicina no Brasil: em Salvador, em 1808, e logo depois no Rio de Janeiro, em 1813. Os cursos tinham duração de três anos e foco

na formação cirúrgica. Somente em 1832 é que foram criadas as Faculdades de Medicina e os cursos passaram a ter 6 anos de duração e foco no modelo pedagógico francês, que estimulava o ensino individualizado e anatomoclínico na beira do leito dos pacientes em hospitais (Prata, 2010).

Até o final do século XIX prevaleceu um ensino empírico e escasso de método científico, calcado pela escola francesa e com caráter conservador, influenciado pelo ensino religioso. O primeiro registro de uma pesquisa usando um método experimental data de 1885, sendo o nascedouro de grandes pesquisadores sanitaristas como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (Lampert, 2008).

Essa ausência de um projeto claro de ensino está inserida no contexto de uma sociedade escravocrata e com uma desigualdade social brutal, uma vez que o escasso recurso científico existente era restrito somente à família real e à elite colonial. Em um Brasil em franco crescimento populacional no litoral, a limpeza urbana e fiscalização dos portos eram responsabilidades das câmaras locais e funcionavam com baixa eficácia. Existiam raros médicos no Brasil (provenientes de Portugal), e os pobres, indigentes e indígenas só encontravam algum tipo de acolhimento na caridade cristã das Santas Casas de Misericórdia (Paim, 2015).

O sistema econômico agro-exportador de todo período colonial e imperial só se preocupava com as epidemias, que atrapalhavam o comércio, e que foram se agravando com os adensamentos populacionais. A fiscalização dos portos foi transferida para o poder central dentro do Ministério da Justiça, mas com poucos resultados práticos. O cenário do Rio de Janeiro no início do séc XX era de epidemias de febre amarela, varíola e peste (Polignano, 2001).

O crescimento populacional desorganizado é muito bem explorado pelo romance naturalista *O Cortiço*, de Aluísio Azevedo:

E, naquela terra encharcada e fumegante, naquela umidade quente e lodosa, começou a minhocar, a esfervilhar, a crescer, um mundo, uma coisa viva, uma geração, que parecia brotar espontânea, ali mesmo, daquele lameiro, e multiplicar-se como larvas no esterco (Azevedo, 1890, p. 15).

O aumento populacional nos grandes centros urbanos ainda teve um agravante: a onda de imigração de europeus (com o fim da escravidão) para trabalhar principalmente na lavoura do café; no entanto, com a crise cafeeicultora, todos saíram do campo. Em São Paulo, a população era de cerca de 47 mil pessoas

em 1886; e passou em 1920 para 240 mil, sendo quase metade formada por imigrantes (Bassanezi, 2018).

O Brás - bairro industrial do município de São Paulo - foi um dos maiores redutos dessa massa populacional. O relato de Trento (1989) é muito semelhante ao de O Cortiço, de Aluísio Azevedo, do Rio de Janeiro:

Os cômodos úmidos, enlameados, sujos, com paredes e tetos pretos de fumaça, que abrigavam famílias inteiras (...). Faltava ar, luz, espaço, esgoto e higiene. O quintal em comum, às vezes, transformava-se num charco, mais frequentemente num depósito de lixo, onde as crianças passavam o dia brincando e as mulheres lavando roupa, junto a uma única latrina quase sempre em estado lastimável (Trento, 1989, p. 138).

O aspecto nutricional era péssimo com os péssimos salários, o que potencializava as doenças infecciosas. O Cortiço (Azevedo, 1890) também tem essa passagem marcante:

E, com efeito, mal chegou, devorado de necessidades e privações, meteu-se a quebrar pedra em uma pedreira, mediante um miserável salário. A sua existência continuava dura e precária; a mulher já então lavava e engomava, mas com pequena freguesia e mal paga. O que os dois faziam chegava-lhes apenas para não morrer de fome e pagar o quarto da estalagem (Azevedo, 1890, p. 26).

Os seres mais frágeis nesse cenário eram as crianças, pois as taxas de mortalidade infantil (TMI) mostram as condições de saúde precárias de uma localidade. Quanto pior o acesso a um serviço de saúde, a saneamento básico, a aleitamento materno e a condições de higiene básica, maiores são os índices de mortalidade. Essa relação é tão próxima que a TMI é usada como referência das condições socioeconômicas de um país ou de uma região, e estima a qualidade de vida de um 0 (França; Lansky, 2016).

O Brasil possuía uma TMI de aproximadamente 180 crianças por 1000 nascidos vivos em 1902. Apesar de ainda existirem iniquidades regionais, este índice está hoje em 11,5 por 1000 nascidos vivos, mostrando a grande disparidade dos problemas de saúde no início do século XX e nos dias atuais (Junior, 2002).

A maioria das causas dos óbitos estão relacionadas com as doenças infecciosas, como mostra um estudo de Revisão Do Estado De São Paulo (Buchalla; Waldman; Laurenti, 2003):

A proporção de óbitos por doenças infecciosas declina de 45,7% do total de óbitos em 1901 para 9,7% em 2000. Em 1901, entre as 10 principais causas de morte no Município, 5 eram doenças infecciosas, correspondendo a 37% das mortes; em 1960, apareciam nesta lista apenas 3 doenças infecciosas (16,1% dos óbitos), e em 2000 apenas a pneumonia constava entre as principais causas de morte. Doenças como tétano, difteria, coqueluche, sarampo e escarlatina mostraram-se controladas no final do período. No entanto, a pneumonia, a tuberculose, a septicemia e a aids ainda se situam entre as que merecem especial atenção na área de saúde pública (Buchalla; Waldman; Laurenti, 2003, p. 335).

É nesse contexto de necessidades de saúde, fortemente influenciado pelas doenças infectoparasitárias e pela explosão demográfica, que aparecem pesquisadores como Carlos Chagas e Oswaldo Cruz. Com eles, nasce o sanitarismo campanhista, com adoção de medidas sanitárias como vacinação obrigatória, controle de pragas e vetores, controle dos fluxos portuários e códigos sanitários. Além disso, houve praticamente o nascimento das pesquisas biomédicas e de laboratório, sendo a tração inicial para o desenvolvimento das ciências biológicas no Brasil. Oswaldo Cruz, inclusive, cita na sua tese de Doutorado a sua paixão pela descoberta dos micróbios:

Desde o primeiro dia que nos foi facultado admirar o panorama encantador que se divisa quando se coloca os olhos na ocular d'um microscopio, sobre cuja platina está uma preparação; desde que vimos com o auxílio deste instrumento maravilhoso, os numerosos seres vivos que povoam uma gota d'água; desde que aprendemos a lidar, a manejar com o microscopio, enraizou-se em nosso espirito a idéa de que os nossos esforços intellectuaes d'ora em diante convergiram para que nos instruissemos, nos especialisassemos n'uma sciencia que se apoiasse na microscopia (Cruz, 1896, *on line*).

O movimento sanitarista campanhista nasce nesse ambiente de epidemias em série, adensamentos dos centros urbanos, processo de migração e imigração após o fim da escravidão, além da inexistência de saneamento básico e estruturas de saúde para atender à população. No entanto, o principal estímulo para o sanitarismo foi econômico, pois tanto a industrialização nascente e a necessidade de trabalhadores capacitados para produzir, quanto a economia agroexportadora com portos “higienizados” forçaram uma parte do poder político a ver a saúde como um problema coletivo e social.

O movimento sanitaria no país pressionou o aumento do número de escolas médicas no Brasil: saímos de duas, em 1899, para 13 em 1950. Houve uma tentativa de modernização do ensino, direcionando-o para práticas mais científicas e experimentais. Mas os aspectos autoritário no poder central e oligárquico no acesso ao ensino superior permaneciam desde a fundação das escolas (Batista; Vilela; Batista, 2015).

Essa tentativa da “cientificação” das escolas médicas tem como marco o Relatório Flexner. Este se constituiu como uma proposta de mudança e reformulação das faculdades de medicina nos Estados Unidos da América (EUA) e no Canadá, mas que acabou por influenciar o mundo todo. O contexto foi semelhante ao que estava se passando aqui no Brasil: havia a necessidade de um “choque racional” no processo de ensino. Pagliosa e Da Ros (2008) relatam a ambiguidade que ocorreu nesse processo de “modernização” das escolas médicas:

Se, por um lado - para o bem -, o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro - para o mal -, desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professam o modelo proposto. O grande mérito - para o bem - da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Mas, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou - para o mal - outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde (Pagliosa; Da Ros, 2008, p. 495).

Entretanto, uma das consequências do relatório Flexner foi o curso de medicina se fragmentar em ciclos - básico e clínico. O básico compreende os dois primeiros anos e foca a aprendizagem das ciências básicas: aspectos biológicos de funcionamento do corpo e da sua relação com as agressões dos micro-organismos. Após isso, e de forma bem desvinculada, o estudante é apresentado às doenças dentro de ambientes hospitalares. Esse formato, até os dias atuais, permeia milhares de cursos médicos pelo mundo, estimulando a proliferação de um sistema hospitalocêntrico e com a prática médica centrada na doença (Pagliosa; Da Ros, 2008).

A reformulação do ensino médico, proposta por Flexner, acaba por se distanciar da realidade das pessoas. No pensar de Cyrino (1996):

Tais projetos de reforma médica foram introduzidos no Brasil entre o final da década de 50 e o início da de 70. Ligaram-se ao ensino médico, enquanto possibilidades, técnicas novas de correção da "inadequação" desse ensino às necessidades sociais e de produção de serviços médicos e à desadaptação do desempenho profissional às necessidades de saúde da população (Cyrino, 1996, p. 37).

O ensino médico Brasileiro foi incorporando progressivamente a agenda "flexneriana" ao longo da primeira metade do século XX com a formalização das associações médicas e a criação da medicina previdenciária, além do retorno de vários médicos com especializações realizadas nos EUA. Os estudantes saíam do âmbito das universidades para entrar nos hospitais e, conseqüentemente, o atendimento individual e especializado vai ganhando força frente ao cuidado coletivo e generalista (Lampert, 2006).

A medicina do trabalhador se fortaleceu com o crescimento industrial na década de 1950/1960, sendo, portanto, necessário ampliar as escolas médicas para atender à massa de trabalhadores sindicalizados. Essa expansão foi de escolas públicas, em um primeiro momento; mas, a partir da política econômica financeira da Ditadura Militar e da reforma universitária de 1968, houve uma explosão do ensino superior privado no país, principalmente nos pólos econômicos do centro-sul. Acerca dessa expansão, Brianni (2003) traz que:

O Brasil foi praticamente o único país da América Latina onde essa expansão baseou-se em escolas isoladas, na maioria instituições privadas. A lógica da abertura das escolas era a do mercado, concentrando-se as novas escolas nas regiões mais desenvolvidas do país, especialmente a sudeste. Em termos pedagógicos, as novas escolas adotaram o modelo tradicional de ensino, fragmentado em grande número de disciplinas, sem visão do processo saúde-doença, e tendo como principal cenário de ensino o hospital-escola e sua organização (Brianni, 2003, p. 12).

A medicina previdenciária, desde a criação dos IAPs até o INSS, reforça o conceito elitista de acesso à saúde para um público muito restrito de funcionários públicos e trabalhadores de alguns serviços e indústrias. Além do que, mesmo dentro dos Institutos previdenciários, o dinheiro para a assistência à saúde, que era dividido entre as aposentadorias e as pensões, acabou financiando grandes empreendimentos de infraestrutura no país, faltando para a assistência em si (Paim, 2015). Isto é bem explorado nesse recorte abaixo:

O caráter fragmentário e corporativo da previdência social, ao vincular a prestação de serviços médicos e assistenciais à contribuição trabalhista regulamentada, excluía boa parte da população brasileira dos benefícios do sistema. Além disso, a oferta da rede previdenciária de assistência médica e social não se estendia a grande parte das zonas rurais do país, uma vez que essas áreas eram fortemente marcadas por relações trabalhistas bastante precárias do ponto de vista legal (Ponte; Reis; Fonseca, 2010, p.130)

Esse processo influenciou o ensino médico, culminando em reforçar o conceito “elitista” do relatório Flexner no acesso ao ensino médico e caminhando no sentido oposto da integralidade e da universalidade como pilares da formação universitária em saúde. O acesso à saúde era fragmentado e centralizado, como também era o ingresso nas universidades. Esse conceito de acesso exclusivo de saúde, inclusive, dialoga um pouco com o relatório de Flexner e alimenta o modelo biomédico como uma prática médica curativa isolada, como relato abaixo de Pagliosa e Da Ros (2008):

A ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos (Pagliosa; Da Ros, 2008, p. 496).

Em contraponto à Medicina Previdenciária, surgiu em torno de 1960 o subsistema de Saúde Pública. É uma evolução das campanhas sanitárias do início do século XX, com foco na assistência das epidemias e endemias das doenças infectoparasitárias, principalmente da população rural, tendo financiamento estatal. O modelo Campanhista-Sanitarista se baseia em esforços concentrados e provisórios para problemas pontuais, como vacinação, higiene/saneamento básico, hidratação com sais de reidratação oral, entre outros. Promovia também programas especiais de tratamento para doenças específicas, como tuberculose, esquistossomose e hanseníase (Sá *et al.*, 2017). Esse modelo tinha uma abrangência restrita, segundo o mesmo autor:

Tradicionalmente, essas formas de intervenção não contemplam a totalidade da situação de saúde, isto é, centram sua atenção no controle de agravos ou em alguns grupos supostamente em risco de adoecimento ou morte, sendo limitadas no que se refere ao conjunto de necessidades de saúde dos indivíduos (Sá *et al.*, 2017, p. 58).

Tínhamos dois sistemas de saúde funcionando em paralelo no Brasil em quase todo século XIX: o sub sistema de Saúde Pública e a Medicina Previdenciária. O primeiro, com foco em “apagar incêndios”, principalmente das doenças infectoparasitárias; e o outro, na assistência liberal do médico, principalmente em hospitais, atuando de forma isolada e com acesso bem restrito devido ao alto custo. Esses dois sistemas, por não conseguirem atender à população de forma integral, eram motivo de críticas tanto por parte do meio universitário quanto da população. Esse contexto caótico foi o estopim para o início do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (Paim, 2015).

A crise do sistema de saúde era referida por vários atores, inclusive do próprio governo militar. Nesse sentido, Paim (2015) expressa:

Um estudo censurado pelo governo militar durante a V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, indicava que, só na área federal, 71 órgãos desenvolviam ações de saúde. (...) Realizado no interior do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), descrevia o sistema de saúde brasileiro daquela época com seis características: insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente e ineficaz. E certamente encontrou dificuldade de explicitar mais quatro adjetivos que caracterizariam aquele *não sistema*: autoritário, centralizado, corrupto e injusto (Paim, 2015, p. 24).

Nesse contexto, era óbvio que o ensino médico acompanhava essa crise do “não sistema de saúde” e apresentava problemas semelhantes. Nos EUA surgiu, em meados do século XX, um movimento Preventivista que buscava mudanças nos currículos médicos, no sentido de uma formação mais generalista, integral e humanizada. Isso porque a superespecialização e a fragmentação biológica não dialoga, inclusive, com o conceito de Saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde em 1948, que deixou de ser apenas a ausência de doença para se configurar como um estado de bem estar físico, mental e social (Briani, 2003). A Medicina Preventiva, criada nos EUA, surge dentro desse contexto a partir de pressões distintas. No pensar de Arouca (1975), a Medicina Preventiva é:

um movimento ideológico que tinha como projeto a mudança da prática médica através de um profissional médico que fosse imbuído de uma nova atitude. Como projeto de mudança da prática médica, a medicina preventiva representou uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos EUA e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico (Arouca, 1975, p. 239).

À época, no Brasil, foram criados vários departamentos de medicina preventiva nas Universidades. Em paralelo, foi criada a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) em 1962, que reforçou a produção científica das reformas curriculares, propondo inclusive várias disciplinas que ampliaram a “leitura” fragmentária e biomédica. Disciplinas como Epidemiologia, Bioestatística e Saneamento vão sendo incorporadas nos departamentos de Medicina Preventiva na tentativa de transformar o saber médico sobre saúde (Nunes, 1984). A ideia era ampliar a concepção da realidade brasileira explicitando suas grandes desigualdades e injustiças, assim resumida por Myrdal Gunnar: “as pessoas são doentes porque são pobres; empobrecem porque são doentes e ficam ainda mais doentes porque estão mais pobres” (FERREIRA; SALES, 2022).

No entanto, a estratégia da Medicina Preventiva se tornou pequena frente ao desafio. Segundo Arouca (1975):

A Medicina Preventiva caracterizou-se como um movimento ideológico que procurava transformar as representações sobre a prática médica, sem contudo procurar ser um movimento político que realmente transformasse esta prática. Desta forma, o seu discurso mantinha uma relação de organicidade com o momento histórico vivido pela sociedade norte americana, representando uma leitura civil e liberal dos problemas de saúde (Arouca, 1975, p. 97).

A Medicina Preventiva e Integral tinha o objetivo de reformar o ensino médico para incorporar certa realidade social ao processo saúde-doença. Contudo, não conseguiram se aprofundar sobre a temporalidade e os determinantes sociais, que são fundamentais para a compreensão da enfermidade (Mattos, 2013).

Donnangelo (1979) mapeia esses limites:

A busca de racionalização da prática médica por meio da manipulação de aspectos parciais da estrutura de produção dos serviços implicam, ao mesmo tempo, uma tentativa de integração do social à prática, através de modalidades consistentes com os limites da reforma que se propõe realizar (Donnangelo, 1979, p. 79).

Para agravar o impacto desses limites, é importante lembrar que estávamos em plena Ditadura Militar (1964-1988). É nessa difícil conjuntura que se cria um movimento incorporando vários setores da sociedade brasileira, chamado Movimento da Reforma Sanitária. Era composto por alunos dos cursos da saúde, professores, instituições científicas como a ABRASCO (Associação Brasileira de

Saúde Coletiva), SBPC (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência), CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) e sindicalistas. O âmago que unia esse grande leque era a luta pela democratização da saúde e pela justiça social (Paim, 2015).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nasceu na perspectiva de uma mudança radical do sistema. Pregava que a saúde precisava ser um direito para todo brasileiro, além de ser integral e não fragmentária. Para atingir isso, era essencial que o sistema de saúde fosse descentralizado (níveis de atenção diferentes), com controle social e democrático. Essas são as bases que foram aprovadas na 8a. Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) de 1986 e na Constituição Federal de 1988, que culmina sendo o alicerce do arcabouço legal da criação do Sistema Único de Saúde em 1990 (Sá *et al.*, 2017).

Esse trecho do relatório da Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986 mostra a profundidade nas propostas transformadoras:

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionando chamar de Reforma Sanitária (Ministério da Saúde, 1987, p. 381-9).

Ao contrário da Medicina Preventiva e Integral, que pregava a mudança dos serviços de saúde por meio do aperfeiçoamento do ensino médico, a Reforma Sanitária ampliou para mudanças consistentes e operacionais dos serviços de saúde. A Medicina Coletiva e Social se concentrou na formação do Sistema Único de Saúde (SUS), deixando para segundo plano a formação médica. Briani (2003, p.49) reafirma: “A partir da metade da década de oitenta, a corrente vinculada à medicina social praticamente abandonou o cenário da educação médica e passou a ter papel destacado no movimento da Reforma Sanitária”.

Entramos em uma fase em que os esforços ficaram concentrados dentro da concepção e implementação do SUS, como a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, por exemplo. O PSF reorganizou todo o modelo da Atenção Básica, incluindo seu financiamento e o estímulo para que os cursos incorporassem aspectos da Medicina de Família e Comunidade, indo contra o perfil liberal e super especializado dos médicos. A ideia era orientar um mercado de trabalho que

favorecesse o perfil generalista (Batista; Vilela; Batista, 2015). Por vários motivos, essas ações não trouxeram o resultado esperado. Nas palavras de Briani (2003):

Esses movimentos, no entanto, não foram capazes de produzir definições satisfatórias acerca do perfil e das características desejáveis do médico a ser formado. Sem a perspectiva de transformar o perfil do médico na graduação, passaram a ser oferecidos cursos de Residência Médica em áreas de Medicina Social, Medicina Preventiva, Medicina Geral e Comunitária e cursos de especialização em Saúde Pública, o que significou na prática restringir a um número reduzido de profissionais médicos a formação voltada à saúde coletiva (Briani, 2003, p. 49).

Em 1990 foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Seu foco estava na avaliação das escolas médicas, tanto em aspectos organizacionais e estruturantes de seu funcionamento, quanto na avaliação do currículo pedagógico e na avaliação dos professores (Piccini, 2000).

A CINAEM, embora tenha encerrado suas atividades no ano 2000, fez um diagnóstico e apresentou uma proposta de transformação do ensino médico. O diagnóstico apontou que a formação era ineficiente para atender às demandas de saúde do povo brasileiro. Também constatou a ausência do corpo docente na estruturação do modelo pedagógico e nas atividades de pesquisa, de gestão e de extensão. Por fim, concluiu que a formação médica era excessivamente teórica, fragmentada e não interdisciplinar (Batista; Vilela; Batista, 2015).

A proposta da CINAEM formaliza, pela primeira vez, a estruturação do curso médico com base nas carências populacionais. Para Merhy e Aciole (2003):

Com sua intervenção, por vários anos, o movimento da CINAEM nos deixou em melhores condições de vislumbrar as mudanças necessárias para a escola médica, desenhando ferramentas e estabelecendo marcos teóricos para esta transformação e consolidando técnicas e práticas pedagógicas que, apesar de ainda estarem num estágio inicial de experimentação, reforçam o sentimento de potência "instituinte" de que é portador (Merhy; Aciole, 2003, p. 56).

Essa proposta foi a base para a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, em 2001. As DCNs de Medicina de 2001 foram essenciais para ordenar a formação médica baseada nos pilares do SUS e de suas necessidades, incorporando o perfil de competência que serviu de base para todos os currículos dos cursos de ensino superior da área da saúde. Essa integração valorizou a compreensão e a interpretação contextualizada

dos problemas, em oposição à educação fragmentada e bancária (Streit, *et al.*, 2012).

Apesar de avanços, as DCNs de 2001 apresentavam ainda gargalos para a implementação de uma formação médica integral. Segundo Meireles, Fernandes e Silva (2019):

Apesar disso, as DCN de 2001 deixavam a desejar quanto às transformações ocorridas paralelamente no SUS, porque, ainda que preconizassem a interdisciplinaridade necessária a uma visão integral no cuidado do paciente, era possível perceber a formação de médicos pouco habilidosos na prática clínica e pouco envolvidos com a visão histórico-social e humanística dos seus pacientes (Meireles; Fernandes; Silva, 2019, p. 69).

As dificuldades encontradas dialogam com a crise filosófica que a profissão médica sofre no mundo todo. Se ao mesmo tempo evoluímos para um aparato tecnológico que aperfeiçoou as técnicas cirúrgicas e de tratamento especializado, estacionamos em relação a demandas milenares dos clientes. Merhy e Aciole (2003) citam: “Para muitas coisas, apesar de suas pretensões discursivas, a capacidade de intervenção segue sendo a menor possível, quando não beira a mais completa ignorância” (p. 55).

Para ilustrar essa inabilidade, em 2003 foi realizado um inquérito epidemiológico conduzido pela Organização Mundial de Saúde. Foi realizada entrevista com a população brasileira, que revelou que 23% da população queixa-se de desânimo (depressão, ansiedade, tristeza), 18% de dores e problemas relacionados ao sono, 14% têm problemas de concentração e de memória e 10% relatam dificuldades de sociabilidades (Paim; Silva, 2010). Todos esses problemas exigem dos médicos um perfil de competência composto por habilidades que extrapolam a medicina técnico-científica.

Em pleno século XXI, estamos vivendo uma difícil transição epidemiológica no Brasil, e que gera um grande desafio: formar profissionais que consigam dar conta das complexas necessidades de saúde. Denominamos esse fenômeno como Tripla carga de doença, que Mendes (2011) assim define:

A situação epidemiológica brasileira distancia-se da transição epidemiológica clássica omramiana, observada nos países desenvolvidos, e tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças porque envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de

riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas (Mendes, 2011, p. 549).

Nesse contexto histórico, em 2013 foi criado o programa Mais Médicos, com o intuito de dignificar o atendimento da população emergencialmente e nas próximas décadas. Ele tinha como objetivo melhorar a inserção dos médicos no interior do Brasil e nas experiências de campo; aperfeiçoar os currículos de medicina, com foco na humanização; o empoderamento da Atenção Básica do SUS como ferramenta de diminuir desigualdades; e estimular a educação continuada com a aproximação do serviço e da academia (Brasil, 2013).

Em relação ao currículo médico, em 2014 foi lançada uma nova versão das DCNs de Medicina, no sentido de aperfeiçoar as DCNs de 2001. As DCNs de Medicina de 2014 trouxeram como prioridade a formação médica integral. Propõe inserir os alunos nas redes de serviço do SUS para estimular a interação e integração com outros profissionais e lidar com os problemas reais da população, incluindo as discussões éticas e da dignidade humana, buscando a autonomia e a organização do trabalho. Também reforça a utilização das metodologias ativas como ferramentas para a aprendizagem significativa, reflexiva e integrativa dos conteúdos e do relacionamento interpessoal (Brasil, 2014).

A formação médica integral proposta pelas DCNs de Medicina de 2014 busca, inclusive, a responsabilização do estudante no seu processo de ensino e de auto avaliação ao longo do curso, incluindo a responsabilidade social e ética no cuidado. Aponta a necessidade de articulação de conhecimento, habilidades e atitudes com o objetivo de dar conta das complexas necessidades de saúde da população brasileira (Brasil, 2014).

Batista, Vilela e Batista (2015) resumem como devem ser estruturados os currículos a partir das DCNs de 2014:

Orientados para atender às diretrizes e demandas do SUS, os novos currículos devem assumir o compromisso de formação de médicos preparados para o atendimento das necessidades de saúde e que apresentem postura de resolutividade diante dos problemas prevalentes de saúde das comunidades (Batista; Vilela; Batista, 2015, p. 128).

A proposta de estar presente nas comunidades e em todos níveis de atenção em saúde desde o primeiro ano da formação visa proporcionar a construção do

senso crítico e de realidade para alunos que normalmente vêm de contextos sociais bem diferentes do contexto social dos clientes acompanhados. Assim, compreendo que o foco e as diretrizes tanto das DCNs 2001 quanto às de 2014 e 2022 – para não dizer de todo SUS – conduzem para uma graduação voltada para as necessidades em saúde, em que o foco é o ser humano. Heller (1986) define essas necessidades como:

Desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem (Heller, 1986, p. 170).

Entender as necessidades em saúde é compreender a natureza subjetiva e individual. Apesar da saúde estar imbricada na estrutura da sociedade, as respostas são individuais e particulares de cada ser humano. O foco é a dignidade humana coletivamente, mas sobretudo individual. Ao mesmo tempo que não é possível retirar a subjetividade coletiva que afeta a vida das pessoas, as demandas e o processo de saúde/doença têm características particulares de cada ser humano (Stotz, 1991).

O grande desafio, então, é conseguir que a formação médica dialogue com as necessidades de saúde, no sentido de superar a hiperfragmentação biologicista – marco da mudança flexneriana do início do século XX e da revolução tecnológica dos procedimentos médicos após metade deste século. Esses dois marcos exigiram mudanças profissionais para conseguir lidar com as pressões vindas da sociedade, mas que no contexto atual apresentam saldo negativo. O médico centralizador e positivista tem dificuldade de entender os determinantes sociais de saúde dentro do processo saúde/doença, resultado de uma hiperespecialização desenfreada como resposta para sua afirmação no isolamento que vive (Amoretti, 2005).

As grandes epidemias, a ausência dos marcos científicos e a baixa expectativa de vida no início do século XX no Brasil exigiam um profissional médico impregnado de biologicismo. A revolução industrial, com sua rápida evolução nos processos tecnológicos de diagnóstico e terapêuticos exigiam um médico autocentrado para acompanhar essas atualizações instantâneas do conhecimento. Atualmente, com as triplas cargas de doenças e o contexto social que vivemos, necessitamos de um médico que busque o cuidado integral a partir da reflexão e da

criticidade para entender a realidade, tendo como objetivo primordial a dignidade humana.

2.3 PROFISSIONALISMO MÉDICO

O profissionalismo médico é um assunto muito recente dentro do mundo acadêmico. Nos últimos 20 anos vem se discutindo um novo contrato social entre a medicina e a sociedade. A perspectiva de profissão remete ao início da criação de universidades para cursos de direito ou engenharia; no entanto, para a medicina é ainda mais antiga. A arte de curar era o objetivo primordial do profissional mesmo antes das universidades, com Hipócrates e seus aforismos. Durante muitos séculos, o médico sempre teve uma grande estima na sociedade, muito baseado nessa arte da cura (Thistlethwaite; Spencer, 2008).

Mas qual foi o motivo que levou à necessidade de uma profunda remodelação da profissão médica?

Na sociedade, todo apreço e condescendência com possíveis erros médicos foi se perdendo no final do século XX. O que mais chamou a atenção foram os escândalos envolvendo médicos. Teve relatos de um médico que realizou assassinatos em série, outro que participou de retiradas de órgãos de crianças vivas para comercialização com indústrias farmacêuticas na Inglaterra dos anos 90 (Thistlethwaite; Spencer, 2008).

No Brasil também tivemos vários relatos que chocaram a sociedade. Houve o caso de um ginecologista que estuprou mais de 50 mulheres nos anos 90 e 2000 (Almeida, 2017). Recentemente, em 2012, levantou-se a suspeita de que um hospital (Prevent Senior) utilizou cobaias nos seus tratamentos experimentais (Leite; Balza, 2021). Esses fatos chocantes, no Brasil e no mundo, fizeram a sociedade aumentar a desconfiança com relação à classe médica e ajudaram a estimular a reformulação da formação de médicos.

Houve estímulos advindos de relatórios desde a década de 1960, mostrando como eram necessárias mudanças do perfil de competência de um médico. As relações da sociedade mudaram: os usuários passaram a ser mais informados e exigentes; as aspirações dos médicos também mudaram no último século. No entanto, a formação médica continuou presa no tradicionalismo ultrapassado (Thistlethwaite; Spencer, 2008).

No contexto de uma sociedade capitalista, foi necessária uma grande crise para sair do imobilismo. Em paralelo ao avanço tecnológico da medicina moderna após a metade do século XX, foi reforçado um saber predominantemente orgânico-funcional, que continua sendo replicado na maioria dos centros universitários. Por ser considerado um Paradigma da Ciência Moderna, os médicos acabam sendo capturados por essa lógica (Sá, 2000).

No entanto, isso cria um ambiente de tensão constante. O estudante é estimulado a ser um grande memorizador de informações e a ter habilidades eminentemente clínicas. Mas a sociedade exige que o médico assuma também a função de companheiro, advogado, líder e inovador. Segundo o Royal College of Physicians (2008), essas características ajudam na nova definição defendida por eles: “O relatório enfoca sete aspectos-chave da prática profissional: médico como curador; parceiro do paciente; trabalhador em equipe; gerente e líder; aluno e professor; advogado; e inovador.”

Outro conceito do Conselho Americano de Medicina Interna (ABIM) reconhece 6 elementos essenciais para o profissionalismo, que são: altruísmo, responsabilidade, dever, honra, integridade e respeito aos outros (Sattar, *et al.*, 2021). São várias as definições de profissionalismo, e elas concordam que a eficiência técnica é necessária, mas também que é insuficiente para se tornar um bom profissional.

Percebam que das características profissionais apontadas nesses dois últimos conceitos apresentados, somente uma está relacionada à habilidade clínica em si: a do médico como “curador”. Mas e as demais, nas quais os estudantes vão ter essas vivências, considerando um curso predominantemente biologicista? Essa pergunta faz parte do paradigma científico e da crise da medicina do século XXI. Nas palavras de Minayo (2021):

(...) interiormente os médicos vivem uma contradição, a do desamparo e da impotência. Enquanto do ponto de vista ideológico se tenta passar a imagem competente, sua prática desaba em erros, dificuldades, iatrogenias, fatos evitáveis, numa mistura aparentemente caótica, entre o ideal e a realidade (Minayo, 2021, p. 22).

Inclusive, tem se observado o aumento de transtornos psiquiátricos nos médicos, que atuaram incansavelmente durante a epidemia de Covid-19 em 2020. A síndrome ansiosa depressiva, a síndrome de Burnout, o uso de álcool e as tentativas

de suicídio estão aumentando entre esses profissionais em relação ao resto da população. As tentativas de suicídio aumentaram muito entre as médicas, o que é o inverso do esperado na população geral, em que os homens apresentam índices maiores. A sobrecarga do sistema de saúde deixa o médico extremamente exposto frente às necessidades de saúde da população. A isso, soma-se a dificuldade da formação na maioria das escolas médicas, portanto, é necessário inserir os preceitos do profissionalismo na vida prática e cotidiana sem gerar mais agravos ainda (The Lancet, 2021).

Apesar de avanços, a formação médica segue privilegiando uma racionalidade que reforça o conhecimento do corpo anatômico, em demérito de toda sua subjetividade. Minayo (1993) assim define:

Para as pessoas doentes e todos os que as cercam de afetividade, seu corpo não é apenas um complexo orgânico-funcional e bioquímico. Ele é a expressão de um ser que interage e que tem algo a dizer sobre a totalidade de seu processo vital, do qual fazem parte a vida e a morte. Essa subjetividade responsável necessita ser recuperada nos serviços de saúde e na relação médico-paciente, sob pena de os profissionais da área continuarem a ser tidos como os culpados pela doença e pela morte, e seus clientes assumirem o papel das vítimas (Minayo, 1993, p. 22).

Esse papel de vítima funciona como se fosse um “direito do consumidor”. Na cultura da troca mercadológica, a saúde se transforma somente em um produto comercial. O médico precisa oferecer muitos testes, exames e medicamentos para agradar o “freguês”, por vezes em benefício próprio financeiramente. A diretriz do bem estar do usuário acima de tudo deveria prezar por um bom cuidado e pela valorização da prevenção quaternária, mas a autonomia exagerada dos pacientes junto com a medicalização da vida fornece combustível para o médico empreendedor e seus possíveis conflitos de interesse (Kenny, 2010).

A American Board of Internal Medicine resume essa angústia da dificuldade do profissionalismo médico dialogar com a mercantilização da sociedade:

Atualmente, a profissão médica enfrenta uma explosão de tecnologia, mudanças nas forças do mercado gerando problemas na prestação de cuidados de saúde, além do bioterrorismo e da globalização. Como resultado, os médicos acham cada vez mais difícil cumprir suas responsabilidades com os pacientes e a sociedade. Nestas circunstâncias reafirmar os princípios e valores fundamentais e universais do profissionalismo médico, que permanecem ideais a serem perseguidos por todos os médicos, torna-se ainda mais importante (ABIM Foundation; ACP-ASIM

Foundation; European Federation of Internal Medicine, tradução nossa, 2002, p. 244).

A mercantilização afeta as relações profissionais, pois em uma troca comercial não há valor no ato de trocar, somente da mercadoria e do seu valor-realizável pelo comprador. A medicina centrada na mercadoria preza pelo individualismo e pelo prazer de acesso a um insumo da indústria médica, concorrendo com o foco ético das relações humanas e da coletividade na busca pela dignidade humana. A prestação do cuidado em saúde não pode ser aferida, logo não pode ser comercializada; assim, perde valor na sociedade capitalista e ganha força o procedimento estético, o uso de implantes hormonais ou alguma “droga” para a felicidade. A mercantilização é muito deletéria para os compromissos básicos do profissionalismo médico, uma vez que despersonaliza os seres para atingir uma moral questionável (Kenny, 2010). Resumindo, nas advertências de Kenny:

Aceitar a medicina como um negócio como qualquer outro, em vez de uma profissão com um profundo senso de obrigações crediárias para com os pacientes e obrigações sociais para a profissão como um bem público, fará com que os médicos sejam nada mais do que vendedores. Médicos entusiasmados com o mercado devem tomar cuidado com o que desejam (Kenny, 2010, tradução nossa, p. 19).

Diante desse cenário complexo do cuidado em saúde, as características exigidas pelo profissionalismo médico não podem se tornar um fim em si mesmo, elas precisam ser pensadas dentro das políticas de saúde e da sociedade. A universidade tem protagonismo fundamental neste novo contrato social que, para sair do papel, precisa fornecer estrutura e linguagem para atingir um objetivo social maior. Mas é fundamental que o Estado, a sociedade e a classe médica reforcem laços por meio de valores e expectativas com foco na coletividade, respeitando a autonomia individual mas pactuando políticas de saúde emancipadoras para a maioria da população. Minayo arremata:

De um lado, a crise do setor saúde e da prática médica não está solitária. Ela se irmana com uma complexa crise multidimensional em termos intelectuais, espirituais e morais no mundo ocidental cuja racionalidade alimenta o pensamento e a prática médica. De outro, as saídas e mudanças, embora esboçadas do interior da lógica do setor em pauta, só poderão lograr êxito se forem vistas no conjunto das transformações (Minayo, 2021, p. 22).

Essa crise é uma grande oportunidade para aperfeiçoar os currículos do curso de medicina, incorporando de forma transversal habilidades de comunicação e de ética durante todo o curso.

2.3.1 Comunicação e ética na prática médica

A comunicação fortalece a relação médico-paciente gerando inclusive alívio de queixas e adesão terapêutica. A comunicação também aperfeiçoa o trabalho interprofissional e o contato com os familiares e a comunidade, gerando protagonismo. As habilidades de comunicação perpassam por vários compromissos do profissionalismo, como: confidencialidade, liderança e trabalho em equipe, e responsabilidade social. Os currículos dos cursos de medicina dão pouca importância para a aprendizagem da comunicação, abordando-a de maneira isolada em disciplinas fora do eixo da clínica, como se fosse possível realizar uma anamnese sem conhecer sobre entrevista clínica (Porto, 2018).

A comunicação precisa estar integrada ao currículo em vários eixos durante todo o curso, como uma ferramenta que faz o encontro clínico realmente valer a pena, ser efetivo e empático para aliviar dores e acolher os usuários. É uma habilidade basilar para o egresso de medicina, conforme afirmam Grosseman *et al.* (2022):

(...) a comunicação deve ser centrada nas relações, pautada no profissionalismo, na universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde da população e no incentivo à participação social, e embasar-se nas DCN, (...) desenvolver no egresso a competência em comunicação abrangendo os fundamentos teóricos, a busca, avaliação crítica da literatura, elaboração e redação de documentos, e a comunicação intrapessoal e interpessoal para tornar o(a) egresso(a) do curso competente em se comunicar com as pessoas envolvidas no ambiente acadêmico-científico e na atenção à saúde e gestão em saúde. Recomenda-se a inserção curricular da comunicação do início ao final do curso, integrada a outros conteúdos e áreas de saber” (Grosseman *et al.*, 2022, p. 17).

Ao longo do curso, com o aumento de maturidade do estudante de medicina, é natural que a interlocução também tenha uma maior complexidade. Nos ciclos iniciais do curso, é fundamental a assertividade nas trocas com colegas e professores nos ambientes de formação. Nesse momento, o estudante tem que ser estimulado a uma reflexão crítica de todas as suas falas e de comunicação intrapessoal, aperfeiçoando o raciocínio e a clareza da comunicação verbal e da não

verbal. Toda essa fase inicial precisa ser em um ambiente protegido e com *feedback* constante dos docentes e do próprio grupo discente (Grosseman *et al.*, 2022).

Já um estudante dos últimos períodos do curso necessita desenvolver habilidades de escuta e de fala compatíveis com o nível de complexidade do caso, sempre centrado na comunicação baseada nas relações e no nível de evidência científica disponível (Grosseman *et al.*, 2022). A habilidade de formulação de proposições terapêuticas singulares e compartilhadas exige todo um relacionamento do profissional com vários setores da gestão e da educação em saúde, com atores sociais e com o usuário (Brasil, 2014).

A comunicação relacional se nutre das habilidades profissionais que devem estar elencadas no perfil de competência, como mostra essa excelente ilustração da Figura 1:



Fonte: Grosseman *et al.* (2022, p. 17).

Seja no encontro clínico ou nas relações de trabalho, a comunicação necessita que os estudantes desenvolvam autoconhecimento para compreender o campo relacional e transferencial. Esse relacionamento intersubjetivo permite ao

estudante construir laços empáticos e um olhar diferenciado para o cuidado. As metodologias ativas de aprendizagem, preconizadas pelas DCNs de Medicina, são uma boa ferramenta pedagógica para florescer uma aprendizagem significativa nesse âmbito relacional/comunicacional (Rios, 2012).

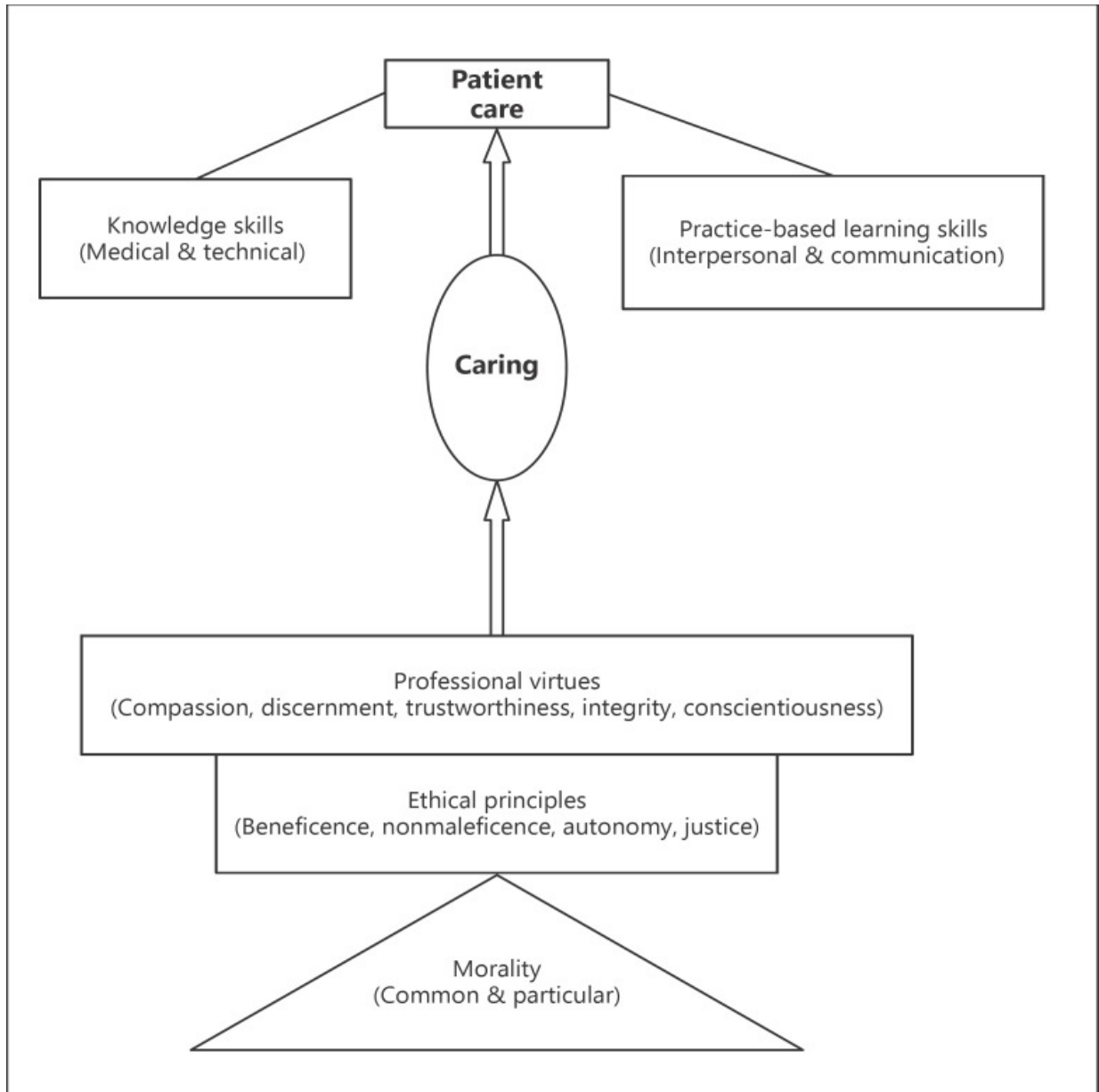
O conceito de profissionalismo embasa uma relação médico-paciente com foco no ser humano e se entrelaça com os princípios da ética. A não maleficência e a beneficência têm como foco a responsabilidade profissional de prestar um trabalho competente e integrado, valorizando os sujeitos ao invés das preferências do profissional da saúde. A compaixão retira a beneficência dos livros e a aplica na vida prática, valorizando a vocação do cuidado como ferramenta de interação e o engrandecimento pessoal na sensibilidade para o agir ético (Varkey, 2020).

Conseguir construir pedagogicamente as características altruístas imbricadas com a clínica, durante os 6 anos de Graduação em Medicina, promove o aperfeiçoamento de habilidades profissionais como liderança, discernimento e confiabilidade. Essas habilidades são fundamentais para casos complexos que lidam com vários princípios éticos – alguns conflitantes –, exigindo um médico integral capaz de conectar o raciocínio clínico com as emoções inerentes a esse processo (Varkey, 2020).

Rios (2012) define essa tarefa árdua – mas fundamental das escolas médicas – de balancear o ensino entre as interfaces técnicas e humanas:

É também necessário cultivar a identidade médica no teatro das subjetividades em formação, uma vez que, para que essa articulação seja efetiva, é preciso que, mais do que conhecer (de forma cognitiva) se elaborem (de forma interiorizada) tais informações, tornando-as parte do ser médico e, por consequência, do fazer Medicina. (...) estamos falando de um fenômeno educativo que requer desenvolvimento pessoal mais do que transmissão e memória. (...) requer o exercício ético como método para se chegar à dose certa de teoria e prática, racionalidade e sensibilidade do fazer competente para seres humanos por inteiro. Uma educação que implica um amplo desenvolvimento de potencialidades e uma construção reflexiva do ser cada vez mais ciente da natureza das coisas, das pessoas e de si mesmo, capaz de realizar a sua própria humanidade (Rios, 2012, p. 238).

Abaixo, a Figura 2 consegue traduzir essa relação de construção reflexiva que se faz presente na boa assistência médica e que deve basear a qualificação pedagógica:



Fonte: Varkey (2020, p. 26).

O compromisso de ser confiável e de ter discernimento dialoga com os conflitos da beneficência e da autonomia em casos complexos, principalmente relacionados aos cuidados paliativos. A integridade e a conscientização são fundamentais para os princípios da justiça e da beneficência, exigindo do médico maturidade na escolha entre o certo e o errado, ou seja, à luz do conhecimento científico, das suas emoções e do contexto do paciente e da comunidade, para que seja capaz de oferecer uma proposta terapêutica significativa, com foco no ser humano e na justiça social (Varkey, 2020). Uma definição síntese de

profissionalismo resume essa construção: um bom profissional seria aquele que trabalha reflexivamente e age eticamente (Hilton; Slotnick, 2005).

Trazendo o exemplo de cuidados paliativos, que recentemente foram incorporados às DCN de Medicina, ao lidar com o paciente e sua família, cabe ao médico e à equipe realizarem um diagnóstico clínico preciso, exigindo grande capacidade de conhecimento técnico de propedêutica. Além disso, precisa da habilidade de comunicação para oferecer as opções de terapêutica e de conforto que se têm disponíveis, acolhendo as angústias do paciente, da família e da própria equipe de saúde. Isso só reforça como é importante que a aprendizagem da comunicação seja inserida na formação médica, pois na prática ela já está (Brasil, 2022).

Temos aí um problema em potencial: o currículo oculto – aprendizado testemunhal feito por meio de atitudes e valores questionáveis, fora dos planos curriculares do curso – tem o potencial de desestabilizar a aprendizagem relacional. As universidades precisam salvaguardar momentos de escuta reflexiva para que os estudantes verbalizem os fatos que ocorrem nos espaços formais e informais de aprendizagem, para que reflitam de forma individual e coletiva sobre as questões éticas envolvidas.

A problematização aqui pode ter uma função educativa na avaliação dos momentos de currículo oculto, ajudando a delimitar princípios e a aprendizagem da sua identidade profissional do que deveria ou não deveria ser feito. E isso cria um outro obstáculo, pois quando não se promove de fato a aprendizagem reflexiva da comunicação e da ética nos currículos médicos, é extremamente perigoso que o currículo oculto assuma o protagonismo da construção de intersubjetividades. Portanto, assumir para o currículo formal um espaço de fala e de reflexão sobre as experiências vividas pelos estudantes é condição *sine qua non* para formação de sujeitos críticos, reflexivos e éticos (Grossemann, *et al.*, 2022).

2.3.2 Profissionalismo Médico e Currículo Oculto

A construção de uma profissão exige uma organização pactuada com todos que a querem seguir, sendo necessária uma formação básica de conhecimento e saberes operacionais, aliada a uma construção reflexiva e existencial de valores

humanos de respeito a si e aos outros que o acompanham. Tudo isso para conseguir atingir um nível de capacidade profissional que o faça ter um julgamento clínico justo e embasado cientificamente para merecer o respeito do paciente e da sociedade (Kirck, 2007).

O profissionalismo médico é um termo que está sendo debatido com grande interesse nos últimos anos pelo mundo acadêmico. Esse furor é acompanhado, paralelamente, por uma crise nos valores tradicionais do profissionalismo (Andrade, 2018). A formação médica está envolvida nessa discussão, sendo fundamental que as competências profissionais estejam no cerne do currículo médico, com um destaque principal para as habilidades relacionadas ao convívio com outros seres humanos.

Segundo Rego (2012), o estudante precisa desenvolver, ao longo do curso de Medicina, os seguintes compromissos profissionais:

- a) compromisso com a competência;
- b) compromisso com a honestidade com os pacientes;
- c) compromisso com a confidencialidade com os pacientes;
- d) compromisso de manter relações apropriadas com os pacientes;
- e) compromisso de melhorar a qualidade do cuidado;
- f) compromisso de melhorar o acesso ao cuidado em saúde;
- g) compromisso com a distribuição justa dos recursos finitos;
- h) compromisso com o conhecimento científico;
- i) compromisso de manter a confiança com o manejo apropriado dos conflitos de interesse;
- j) compromisso com as responsabilidades profissionais (Rego, 2012, p. 446).

No entanto, há várias dificuldades para que esse tema consiga compor e integrar-se ao curso médico. Apresentar para os estudantes, isoladamente, esta lista de atributos elencada acima pode ser enfadonho e excessivamente teórico. Além do quê, os estudantes podem ter acesso a outros exemplos de contrato social por meio do currículo oculto, que normalmente são contrários ao proposto academicamente (Kirck, 2007). O currículo oculto é construído fora do currículo explícito e prescrito nos planos pedagógicos. Ele se dá nos encontros e vivências cotidianas das práticas clínicas – normalmente fora dos muros universitários –, e tem alto poder de construir valores e saberes. Esse conteúdo não convencional pode ser potencializador e/ou destruidor, quando se trata principalmente de práticas comportamentais profissionais (Santos *et al.*, 2020).

Araújo (2018) afirma que o currículo oculto pode ser compreendido como a aprendizagem de “(...) comportamentos, atitudes, valores e orientações que a sociedade requer das novas gerações para que se ajustem às estruturas e ao funcionamento da sociedade já constituída” (p.33). Considerando essa definição muito semelhante ao próprio profissionalismo, como podemos imaginar o currículo oculto colaborando para a fragilização do profissionalismo?

Dentro do curso médico, esse encontro ocorre predominantemente em atendimentos clínicos com médicos de gerações anteriores e que tiveram suas formações baseadas no currículo tradicional, focado no professor e com alto poder de reforçar o ensino bancário e hierárquico, predominando a memorização factual e questionamentos unidirecionais. Toda potencialidade da comunicação com a família, das tomadas de decisões e da exploração dos sentimentos envolvidos com um caso complexo podem se vulnerabilizar em um ensino fechado e hierarquizado. Há o risco de se embutir a ideia de que um bom atendimento se restringe à avaliação técnica do diagnóstico e da terapêutica, tornando secundárias as dimensões subjetivas do encontro clínico (Gray; Enright, 2018).

Isso pode ser destrutivo para as responsabilidades profissionais, para os valores humanos e para a construção do relacionamento com o paciente e seus familiares, prejudicando a aprendizagem do estudante e sua maturidade emocional. Nas palavras de Santos *et al.*, (2020) “a hierarquização do ensino nos cenários de cuidado em saúde, bem como nas relações profissionais, pode resultar em prejuízos na percepção de ganho de conhecimento e de segurança profissional.” (Santos *et al.*, 2020, p. 13)

Da mesma forma, a educação bancária foi definida por Paulo Freire como: “um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador, o depositante” (2005, pg. 57), em que docentes e preceptores fazem comunicados e solicitam ações para os alunos, que precisam guardar e memorizar sem fazer reflexão. Nesse sentido, o estudante atua como um observador, desestimulando a busca ativa de conhecimento, empobrecendo seu ganho cognitivo e comprometendo a construção do raciocínio clínico (Santos *et al.*, 2020). Como um ser “depositário”, o estudante fica refém das decisões do educador, empobrecendo a comunicação e as relações, o que pode afetar sua autonomia e sua capacidade de resolver problemas complexos que extrapolam o que foi explanado pelo professor.

No ensino tradicional – denominado de bancário por Paulo Freire – apenas os docentes possuem capacidade cognitiva para lidar com os enfermos, o que acaba passando a ideia de um “super homem” capaz de fazer grandes diagnósticos com seu brilhantismo inato. Isso pode encorajar os estudantes a acreditarem que também precisam somente demonstrar coragem – sem o esforço de impregnação das várias fontes bibliográficas – simulando competências clínicas ainda não amadurecidas em seu processo de ensino. Isso é totalmente contrário ao compromisso com o conhecimento científico e com a atualização clínica ao longo da sua vida profissional, que estão definidas no conceito de profissionalismo médico (Craig *et al*, 2018).

Santos *et al*. (2020) resume a problemática:

Podemos concluir que o currículo oculto, em seu aspecto deletério para a educação médica, repercute na sobrecarga cognitiva e emocional dos estudantes, e isso se deve, em grande parte, pela própria estrutura organizacional de muitas instituições. Modelos de ensino centrados no médico especialista, hierarquizados, que expressam implicitamente uma maior importância às disciplinas “tradicionais” do currículo e colocam as habilidades humanísticas e o profissionalismo em segundo plano influenciam os estudantes a também não valorizarem tais aspectos (Santos, 2020, p. 14).

É importante ressaltar que esse currículo oculto também pode ser positivo, favorecendo o desenvolvimento das habilidades relacionadas ao profissionalismo médico, pois os locais de práticas são ambientes que apresentam características potencializadoras de uma educação transformadora, assim definida por Freire (2015):

A educação libertadora, problematizadora, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir “conhecimentos” e valores aos educandos, meros pacientes, à maneira da educação “bancária”, mas um ato cognoscente. (...) O antagonismo entre as duas concepções, uma, a “bancária” [grifos do autor], que serve à dominação; outra, a problematizadora, que serve à libertação, toma corpo exatamente aí. Enquanto a primeira, necessariamente, mantém a contradição educador-educando, a segunda realiza a superação (Freire, 2015, p. 78).

Essa conscientização dos seus próprios sentimentos acontece com muito mais potência na realidade comportamental do currículo oculto, nas palavras de Freire (2001):

A conscientização é um teste de realidade. Quanto mais conscientização, mais se desvela a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo. Por esta mesma razão, a conscientização não consiste em estar frente à realidade assumindo uma posição falsamente intelectual. A conscientização não pode existir fora da práxis, ou melhor, sem o ato ação-reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens (Freire, 2001, p. 30).

A reflexão criativa é exponenciada num ambiente de diálogo e troca de valores e experiências ao reunir, de maneira segura a julgamentos externos, pequenos grupos de alunos. Em ambientes de aprendizagem livres e protegidos, uma prática clínica centrada no paciente, com liberdade de fala e com *feedback* do docente e do preceptor, pode ser uma boa forma de problematizar eventos que estão ocorrendo no currículo oculto, facilitando a expressão de sentimentos das muitas aflições das experiências positivas e negativas a que os alunos estão sendo submetidos (Hoffman *et al.*, 2015).

2.3.3 Profissionalismo Médico e humanização

Desse modo, mesmo com a pressão do rigor da ciência e sua pretensa neutralidade, qualifica-se humanitariamente o corpo que sofre, concebido muito mais como uma máquina-racionalizada, um corpo-máquina a ser reparado para certo mundo capitalista. Digo isso porque, se, em função das mudanças sofridas pela profissão, romperam-se certos vínculos de confiança entre médico e paciente, o homem continuou a ser requalificado pela contemporaneidade, derivando em definições médicas nem sempre coincidentes com o humanitarismo, o humanismo e a humanização (Mota, 2012, p. 03).

O profissionalismo e a humanização são temas bastante discutidos na contemporaneidade, pois estão intimamente ligados à crise da profissão médica e às formas de superá-las. A humanização entra no debate acadêmico após a implantação do SUS na transição entre as décadas de 80 e 90, mas é institucionalizada como política pública com a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde em 2003 (Rios; Sirino, 2015).

De forma contemporânea, no ano de 2002, três grandes sociedades médicas mundiais (*American Board of Internal Medicine Foundation, American College of*

Physicians Foundation e a *European Federation of Internal Medicine*) publicaram uma carta conceituando as bases do profissionalismo médico no século XXI.

Esse documento coloca como pilares fundamentais do profissionalismo o foco da primazia e responsabilidade com o paciente, a valorização da autonomia do enfermo e o princípio da justiça social, incorporando ao médico uma função mais coletiva e menos individual. Para esses princípios fundamentais acontecerem, a carta coloca como responsabilidades dos médicos os seguintes compromissos: competência e conhecimento científico; honestidade; confidencialidade; relacionamento apropriado com os pacientes e manejo dos conflitos de interesse; atuar para melhorar o acesso, a qualidade e a distribuição dos recursos dos serviços de saúde; e atuar colaborando para que todos os compromissos se apliquem com seus colegas profissionais (Brennan; Blank; Cohen *et al.*, 2002).

A humanização em saúde é um conceito com vários significados, possuindo pelo menos duas grandes definições. Segundo Benevides e Passos (2005), o conceito-sintoma e o conceito-experiência. O primeiro explora os aspectos mais superficiais do tema, abordando mais a moral e os valores entre os seres humanos, com características individualistas e isoladas para a resposta a um sistema de saúde desumanizado. Sintoma de uma sociedade em que o treinamento da empatia busca o atendimento ao cliente e o lucro que está envolvido, tendo a humanização virado modismo do marketing empresarial do setor saúde.

O conceito-experiência apresenta a potência e as fragilidades das trocas entre os seres humanos, mostra a fatigabilidade do cotidiano, tentando extrair dos sujeitos ações concretas para modificar realidades. A idealização aqui é a conexão dos vários atores implicados no fomento da saúde, empoderando suas ações para uma verdadeira mudança nas práticas em saúde a que todos estão submetidos. A arte do encontro potencializa mudança de atitudes e reflexões sobre a forma como os sujeitos produzem o cuidado humanizado em saúde (Benevides; Passos, 2005).

Esses dois conceitos dialogam com o novo pacto social de condutas com que os médicos se comprometem para o século XXI. O profissionalismo acaba por ser uma resposta frente às pressões exercidas pela sociedade, em um contexto de desumanização da relação médico-paciente. Possui três grandes diretrizes que balizam as suas ações, que são: o foco no bem estar do cliente, o respeito à

autonomia do enfermo e a busca pela justiça social (Cohen, 2007). Percebiam que a primeira diretriz conversa mais com o conceito-sintoma de humanização, enquanto as outras duas têm mais similitudes com o conceito-experiência.

O profissionalismo médico, se visto como uma carta estática, pode inclusive ser considerado como um pacto de boas intenções; no entanto, quem lhe retira a paralisação é a profundidade transformadora da humanização. As virtudes e as grandes responsabilidades envolvidas nesse novo contrato social só conseguem se manter íntegras com a força emocional das humanidades (Cohen, 2007). Ou em outras palavras, segundo a mesma autora: “Humanism provides the passion that animates authentic professionalism” (Cohen, 2007, p. 1029).

Já a busca pela autonomia plena dos pacientes e pela justiça social tem uma íntima relação com o conceito-experiência, pois explora mais o convívio interpessoal e exige do médico reflexões e atitudes diferentes a depender das circunstâncias naquele indivíduo ou na coletividade. As decisões acerca do tratamento de pacientes com um câncer terminal, por exemplo, têm particularidades individuais; assim como comunidades com falta de água e com surto de diarreia vão exigir do médico ampliar a clínica para a luta pela dignidade humana e pela diminuição das desigualdades.

Ao redor do mundo, há tentativas, dentro de algumas escolas médicas, de incorporar práticas e saberes humanistas dentro dos currículos médicos. Ou seja, aproximar o corpo discente das experiências cotidianas de um enfermo, potencializando o conhecimento sobre a doença e seus significados para todos que estão envolvidos, incluindo o próprio estudante. Para potencializar esses espaços pedagógicos, podem ser utilizadas ferramentas da área das artes, como músicas e as próprias narrativas dos envolvidos para conseguir chegar no âmago da existência humana (Cohen, 2007). Ou em outras palavras, segundo Cohen:

Além disso, o envolvimento sério com as humanidades médicas oferece uma maneira única e atraente de explorar a dimensão emocional do encontro clínico e pode validar para os alunos o que significa ser, e não apenas agir, para ser um profissional humanista (Cohen, 2007, tradução nossa, p. 1031).

Para isto, é essencial tornar o ensino médico atualizado frente às grandes modificações que a sociedade passou nos últimos 100 anos, sem falsos

romantismos piegas de se retornar a um passado inexistente, mas enfrentando o desafio de superar a explosão biologicista e tecnológica, criando uma estratégia para incorporar as humanidades no currículo e nas vivências da clínica. Aprimorar a socialização dos estudantes, inserindo-os na prática clínica nas redes de saúde desde o início do curso, com apoio e supervisão adequada, favorece o desenvolvimento moral e aperfeiçoa a criticidade reflexiva para uma socialização profissional (Rego, 2003).

Rego (2003) resume essa potente forma de aprendizagem:

Assim, a socialização profissional inclui mais do que habitualmente é descrito como educação e treinamento, sendo útil pensar no processo de aquisição da função em duas classes principais: 1) aprendizado direto através do ensino didático de um ou outro tipo; 2) aprendizado indireto, no qual atitudes, valores e padrões de comportamento são adquiridos como subprodutos do contato com instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe de saúde (Rego, 2003, pg. 59).

Para conseguir essa integração interprofissional, é necessário formar profissionais que consigam internalizar a difícil tarefa de se doar ao outro, solidarizando e apoiando de forma vocacional a angústia alheia. Apesar de alguns alunos apresentarem essa habilidade de forma inata, a maioria precisa ser estimulada por meio de um currículo capaz de integrar as disciplinas clínicas às discussões sobre bioética, empatia e sobre o entendimento dos limites da autonomia individual e coletiva. A compreensão dos compromissos profissionais precisam sair do campo eminentemente da saúde, avançando para trocas com a filosofia, a sociologia, a antropologia e a ciência política, no sentido de adquirir mais legitimidade frente aos usuário e diminuir o corporativismo (Thistlethwaite; Spencer, 2008).

O ensino do profissionalismo é extremamente desafiador, pois trabalha com emoções e valores pouco concretos. A prática médica humanizada exige uma certa compreensão desses valores intersubjetivos do cuidado relacional. A humanização, no seu sentido mais amplo do respeito à vida humana, exige muito mais que a caridade altruísta. Ela necessita estar inserida nos currículos da área da saúde de forma longitudinal, além de ser parte de serviços de saúde com práticas que respeitem a singularidade de cada ser humano (Deslandes, 2006).

Como relatado anteriormente, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde. Seu objetivo é nortear um conjunto de políticas de atenção e gestão em saúde para a transformação do acolhimento dos usuários e da democratização da gestão, com foco no bem-estar da população. A organização de redes com trabalho multiprofissional, valorização dos sujeitos em sua subjetividade, autonomia e corresponsabilidade, é o caldo que alimenta as ações humanísticas da PNH (Brasil, 2004). Esse respeito à autonomia dos usuários e à valorização de uma escuta individualizada e contextualizada é o cerne da Clínica Ampliada, uma das ferramentas da PNH.

A clínica ampliada tem uma íntima relação com essa discussão sobre profissionalismo, inclusive são temas debatidos de forma mais enfática a partir dos anos 2000. Apesar dos seus conceitos serem um pouco mais antigos, uma vez que o conceito de clínica ampliada foi cunhado na década de 90 por Campos (1997), iniciou-se a discussão da importância da clínica para o enfrentamento de enfermidades em um corpo biológico, sem esquecer as suas individualidades, muito menos deixando de lado as pressões dos determinantes sociais a que ele estava submetido. Segundo o autor, não poderíamos ser restritos nessa avaliação:

Nem a antidialética positivista da medicina que fica com a doença descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos Sujeitos concretos, nem a revolta ao outro extremo: a doença entre parênteses, como se não existisse, quando, na verdade, ela está lá, no corpo, todo o tempo, fazendo barulho, desmanchando o silêncio dos órgãos. A doença está lá, dependendo dos médicos e da medicina, é verdade, mas também independente da medicina; dependente da vontade de viver das pessoas, com certeza, mas também independente da vontade dos Sujeitos. Está lá, simplesmente, enquanto processo humano de nascer, crescer, gastar a vida, minguar e morrer. E sabendo que as coisas nem sempre acontecem nesta ordem exata, cartesiana (Campos, 1997 p. 04).

Da mesma forma que o profissionalismo médico quer ampliar e construir um novo contrato social e humanizado, a clínica ampliada é a representação de uma relação ampla, forte e focada nos sujeitos. O novo profissional médico exigido pela sociedade tem que se conectar com as pessoas de forma singular, respeitando a dimensão biológica de sua enfermidade e analisando todo contexto social e cultural que está envolvido nessa junção dialética entre o cliente e sua doença (Campos, 1997).

Essa relação umbilical é externada por Campos (1997):

Uma enfermidade perturba, transforma e até mata Sujeitos, contudo, apenas raramente, liquida com todas as demais dimensões da existência de cada um. Assim, hipertensões arteriais semelhantes segundo critérios clínicos tradicionais, teriam consequências e gravidades distintas conforme o Sujeito e o Contexto em questão. A clínica se empobrece toda vez que ignora estas inter-relações, perdendo capacidade de resolver problemas estritamente clínicos, inclusive (Campos, 1997, p. 05).

Retirar o paradigma do médico conhecedor e transformá-lo em médico acolhedor, segundo Campos (1997):

(...) as organizações de saúde, inclusive para assegurar o exercício de uma Clínica de qualidade, estariam obrigadas a adotar uma cultura da comunicação. E o primeiro passo é quebrar a arrogância pétrea da Medicina, com seus doutores e com seus protocolos, que seriam bem-vindos, desde que houvesse espaço para se duvidar deles, para que as Equipes agissem apoiadas neles mas duvidando deles. A Gestão Colegiada e a divisão dos serviços de saúde em Unidades de Produção, compostas por Equipes multiprofissionais, criam condições institucionais favoráveis à troca de informação e à construção coletiva dos projetos terapêuticos (Campos, 1997, p. 11).

Portanto, os conceitos de profissionalismo médico e de clínica ampliada carregam similitudes. No caso do profissionalismo, quando incorpora a função de líder com compromisso de buscar a distribuição de recursos socialmente justos e comunicação frente aos gestores e à equipe de trabalho para o benefício do paciente. Já a clínica ampliada trabalha com o fortalecimento das equipes por meio de gestão colegiada e de Projetos Terapêuticos Singulares com foco na interdisciplinaridade e interprofissionalidade. Mas para se trazer concretude, é necessária a busca incessante pelo vínculo e por atuar de forma comunicativa nos dois conceitos explorados (Campos, 1997; Thistlethwaite; Spencer, 2008; Rego, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção do corpo discente da UFAL - Campus Arapiraca, no que diz respeito ao desenvolvimento do perfil de competência em relação ao profissionalismo ao longo da graduação em Medicina.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aprender e discutir os princípios e concepções sobre profissionalismo na perspectiva discente;
- Evocar as oportunidades de aprendizagem sobre profissionalismo vivenciadas durante o curso médico pelos estudantes.

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

4.1 PESQUISA QUALITATIVA

O presente trabalho propôs a realização de um estudo de caso de caráter transversal e exploratório com abordagem qualitativa. A opção por esta abordagem deu-se por compreender que se trata de uma forma de aprofundamento no universo dos significados e das crenças, ocupando-se de um nível de realidade que não deve ser quantificado (Minayo, 2009). Tendo em vista que este trabalho inclui a discussão de um tema ainda pouco explorado na literatura, a abordagem qualitativa apresenta-se como um caminho a ser seguido, uma vez que, de acordo com Strauss e Corbin (2008), é útil para explorar áreas sobre as quais pouco se sabe ou para buscar novos entendimentos sobre áreas conhecidas.

Além dessa exploração inicial, a pesquisa qualitativa tem a característica de aprofundar e buscar as várias influências no entendimento de um tema em um pequeno grupo, podendo extrair daí hipóteses a serem testadas na população, ou até projetos pilotos para produzir instrumentos de pesquisas que dialoguem com a pertinência das teses desenvolvidas e a linguagem mais adequada em cada caso (Victora; Kanuth; Hasse, 2000).

A pesquisa qualitativa se aprofunda em esclarecer os valores e crenças de uma sociedade e também das percepções e sentimentos que a angustiam (Minayo, 2009). Enfim, a procura por entender como foram construídos durante o curso de Graduação, na visão do corpo discente, os atributos relacionados ao profissionalismo médico dialoga fortemente com o cerne da pesquisa qualitativa.

4.2 CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA

O cenário da pesquisa foi o curso de graduação em Medicina da UFAL - Campus Arapiraca, onde o autor e pesquisador atua como docente desde 2020.

Arapiraca é um município localizado no agreste alagoano, sendo o mais importante do interior do estado. Dada sua importância estratégica, foi escolhido para sediar um campus no processo de interiorização da UFAL. Foi planejado para ser polo de abrangência de 37 municípios, tendo como missão se abrir como espaço de formação e pesquisa no interior alagoano. Assim, em setembro de 2006, esse

Campus foi inaugurado, constituindo-se como um propulsor de mudanças sociais, econômicas e culturais locais (UFAL, 2005; UFAL, 2018).

Em consonância com o Plano de Desenvolvimento Institucional da UFAL, e a partir dos ditames da Portaria MEC/SESU nº. 109, de 5 de junho de 2012, foi criado o curso de Medicina do Campus Arapiraca, que visa a formação de profissionais comprometidos com a defesa da vida, o agir ético, transparente, humanizador e com a transformação da sociedade (UFAL, 2018).

A interiorização do curso de Medicina objetiva a aproximação das necessidades em saúde das populações longe dos grandes centros urbanos, além do aumento da oferta de médicos com vínculos pessoais e com maior probabilidade de se fixar no interior do estado. Apesar do curso se localizar no agreste alagoano, ele potencializa o acesso das vagas para estudantes do interior de todo o estado e de estados circunvizinhos, por meio de uma política de cotas regionais e da questão territorial da distância, diminuindo custos para estudantes de baixa renda (UFAL, 2018).

Além da política institucional de interiorização da UFAL, o curso de Medicina do Campus Arapiraca é estimulado pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 - Lei dos Mais Médicos. Essa lei propõe a reorganização na oferta da Atenção Primária em Saúde para a população brasileira, com foco na carência de médicos nos municípios do interior do Brasil. A Lei do Mais Médicos prioriza a abertura de cursos de medicina em locais de baixa oferta de médicos em relação ao número de habitantes, bem como estabelece princípios mais contemporâneos para a formação médica e o reforço da integração ensino-serviço (Brasil, 2013).

Nesse contexto, o curso de Medicina de Arapiraca inicia sua primeira turma do semestre 2015.2 no ano de 2016. Com inúmeras dificuldades estruturais, de corpo docente e de pessoal técnico-administrativo, consegue ter a aprovação em 2018 de seu Projeto Político Curricular (PPC), que foi construído pelos professores do curso. Antes disso, o curso teve dois projetos pedagógicos prévios, mas com participação de professores de outras instituições: UFAL - Maceió e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Campus Caicó. Esses PPPs prévios, além de não dialogarem com a realidade local, tinham algumas fragilidades de adequação frente às DCNs de 2014 para os cursos de medicina.

Somado às dificuldades na dimensão do ensino, o curso ainda apresentava déficit de professores – principalmente de médicos – e ausência de estrutura física básica, pois o prédio do Centro de Ciências Médicas só começou a receber estudantes no ano de 2019.

Mesmo com as fragilidades de mudanças de PPC do início do curso, sempre ocorreu estímulo para uso de Metodologias Ativas de Aprendizagem, principalmente no eixo tutorial e no eixo do IESC. Foram realizados cursos de capacitação docente para apresentar as metodologias ativas de ensino, e isso foi corroborado no PPC vigente.

Além disso, é importante ressaltar que a UFAL - Campus Arapiraca não possui Hospital Universitário, ambulatório ou outra rede própria de assistência à saúde. Portanto, é necessária uma grande integração com as redes municipais e estaduais de saúde, no sentido de garantir locais de prática para seus estudantes. Desde a implantação do curso, há uma grande integração com a rede municipal de saúde de Arapiraca e de alguns municípios próximos, além do vínculo com o estado de Alagoas e hospitais filantrópicos da região.

Para compor o conjunto dos sujeitos da pesquisa, em Novembro de 2022 foram convidados todos os alunos das Turma II e da Turma III do curso, que à época estavam cursando o 5º e o 6º ano do curso. O convite foi realizado de maneira presencial, durante um dos estágios do Internato. Nesta oportunidade, apresentamos o objetivo da pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) para ser assinado. Essas turmas vivenciaram, ao longo do curso, os obstáculos explicitados anteriormente.

Os 9 alunos que consentiram em participar desta pesquisa ingressaram na terceira turma do curso de medicina. Os alunos da Turma II não participaram, provavelmente porque estavam nos seus últimos dias como alunos e já focados em provas de residência e em inserção no mercado de trabalho.

Optamos por convidar para a pesquisa os estudantes que estavam cursando os anos finais, pois já teriam sido mais expostos a atividades práticas e seus desafios inerentes. Combinar uma boa propedêutica clínica centrada na pessoa e no trabalho em equipe, aliados à responsabilidade social e um compromisso com o agir ético, demanda tempo para sua construção e enraizamento. A construção desses

atributos centrais do profissionalismo médico mobiliza um conjunto de valores, comportamentos e habilidades que os alunos precisam possuir para mudar a realidade local, conseguindo chegar a uma identidade profissional transformadora (Frenk *et al.*, 2010).

Essa identidade profissional não é alcançada sem um esforço individual do discente e da capacidade da Universidade em proporcionar um ensino transformador, com foco nos atributos do profissionalismo médico. Contudo, pela Teoria Construtiva do Desenvolvimento, a formação de uma identidade profissional necessita de amadurecimento humano e de sabedoria técnica para a reflexão de sua práxis, e isso dificilmente chega antes dos 30 anos de idade (Cruess *et al.*, 2014). Quando vão amadurecendo com a idade e com as experiências do trabalho em si, alcançando a identidade profissional, provavelmente já tiveram tempo maior de exposição à prática médica e conseqüentemente aos fundamentos do profissionalismo (Hilton; Slotnik, 2005). Entendemos que essa contextualização histórica é importante para a análise dos dados.

Após a constituição do PPC do curso em 2018, essa turma que participou do estudo teve algumas adequações nos seus currículos, quando o curso passou a se estruturar em duas fases: Fundamentos da Prática Clínica-Cirúrgica e Internato (UFAL, 2018).

A organização da fase da Prática Clínica-Cirúrgica se divide em três grandes eixos:

- Eixo tutorial, do 1º ao 4º período: consiste na integralização de todas as disciplinas do ensino básico da área da saúde e das Habilidades Médicas iniciais, aproximando as necessidades de saúde do cuidado em si;
- Eixo Clínico, do 5º ao 8º período: foco na propedêutica clínica. Fica com o suporte intermediário e se aprofunda em temas já trabalhados no eixo tutorial;
- Eixo de Integração de Ensino-Saúde-Comunidade (IESC), do 1º ao 8º período. O IESC se fundamenta na importância de reforçar todos os aspectos que estão envolvidos no processo saúde-doença, a necessidade existencial de valorizar aspectos territoriais, demográficos, econômicos e sociais para entender as necessidades em saúde e oferecer uma assistência integral. Para atingir isso, o eixo é construído a partir da interligação com a prática em

serviço desde o primeiro período do curso. Possui docentes de profissões diferentes (médicos, psicólogos, filósofos, enfermeiros), valorizando a interprofissionalidade, e utiliza a extensão universitária para aproximação com a comunidade e a produção de pesquisas que possam mudar a realidade local, se tornando também produtos do saber para os discentes (Souza, 2019).

Nos dois últimos anos do curso (Internato), o estudante passa por diferentes tipos de estágio supervisionado em serviços de saúde: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Medicina de Família e Comunidade, e Urgência e Emergência.

4.3 TÉCNICAS DE APROXIMAÇÃO COM O OBJETO

A coleta de informações foi estruturada a partir da técnica do Grupo Focal (GF), visto que esta é compreendida como uma forma de valorizar a interação entre os participantes, explorando seus conhecimentos e experiências sobre o tema (Kitzinger, 1995). Além disso, a realização de GF com grupos preexistentes é fundamental para a compreensão do contexto real dos participantes envolvidos (Barbour, 2009).

Frente ao contexto de persistência da pandemia de Covid-19 à época da realização do GF, a opção foi fazê-lo no formato remoto, utilizando ferramentas de tecnologia da informação. O grupo focal *online* tem vantagens e desvantagens em relação ao método tradicional, mas possui a mesma base de aprofundamento relacional na coleta dos dados. A oportunidade de escutar e de se relacionar com as vivências e opiniões do grupo é um ponto positivo desse formato, pois ajuda a criar um ambiente estimulante do debate plural de ideias, embasando as opiniões individuais de cada participante (Abreu; Baldanza; Gondim, 2011).

O GF *online* tem características próprias que permitem uma maior facilidade de obtenção dos dados, devido à facilidade nas questões de logística e de transporte dos participantes. Considerando que já temos dois anos de experiências com os métodos de ensino telepresencial, devido à pandemia de Covid19, as possíveis dificuldades técnicas podem ser consideradas mínimas. A pesquisa utilizou aplicativos da empresa Google, a saber: o Google Meet®, o Gmail® e

Google Drive®, com a devida comunicação de que a política de proteção de dados e privacidade da Google se encontra disponível em <<https://policies.google.com/privacy?hl=pt-BR>>.

Além disso, o método *online* tem mais alguns predicados, a saber: desinibição do grupo por estar em locais mais protegidos de sua exposição pessoal, facilitando inclusive a abordagem de temas polêmicos; reduzir a fórmula de estereótipos que se dá quando estamos na presença pessoal de um coletivo; a agilidade para obtenção dos dados. (Abreu; Baldanza; Gondim, 2011).

Por outro lado, a desvantagem do grupo focal *online* é que se perdem os detalhes da comunicação não verbal, exigindo do moderador do grupo uma atenção redobrada para estimular a participação e muita observação para extrair o máximo de informações do grupo.

O GF foi realizado em novembro/2022 com 9 estudantes de medicina da Turma III que estavam finalizando o 5º ano do curso, ou seja, em transição para entrar no último ano. Iniciamos o GF expondo o vídeo ODELIA ENTREGA (link: <https://drive.google.com/drive/recent->), cuja intenção foi explorar a complexidade da relação entre médicos, pacientes e outros atores envolvidos no cuidado em saúde, pois mostra a simulação de um atendimento médico questionável. Esse disparador foi um potencializador para as discussões sobre o profissionalismo, tendo os participantes do grupo focal sido questionados sobre as percepções daquele atendimento e as relações nas vivências deles dos últimos 5 anos dentro do curso médico. Após isso, utilizamos um roteiro semi-estruturado (Apêndice B) para guiar o desenvolvimento do grupo focal.

O grupo focal teve duração de 1 hora e 40 minutos, e foi realizado de forma remota, sem nenhuma grave intercorrência. Conseguimos a atenção dos 9 participantes durante a realização do grupo focal e todos participaram e colaboraram com suas interpretações, o que gerou discussões complementares entre os mesmos. Foi perceptível que alguns alunos tiveram mais desenvoltura para abordar o tema do profissionalismo e do ensino médico. Inclusive, com alguns relatando que queriam muito conhecer o resultado da pesquisa e entender melhor o tema do profissionalismo médico. O debate foi extremamente rico, passando por vários temas do ensino médico e da funcionalidade do sistema de saúde.

Considerando que o estudo tem como objetivo compreender as percepções dos estudantes durante o curso médico, acreditamos que essa oportunidade foi um grande encontro com suas próprias reflexões ao falarem e principalmente ao escutarem colegas sobre o tema. Sobretudo por serem estudantes prestes a ingressarem no último ano do curso, divididos em vários estágios separados ao longo do internato, fazendo com que fosse um encontro muito rico e único para eles.

4.4 PROCESSAMENTO E INTERPRETAÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

O grupo focal foi registrado por meio de gravação em áudio e vídeo, e as falas foram transcritas literalmente e na íntegra.

As informações obtidas por meio da realização do grupo focal foram analisadas pela técnica denominada Método de Interpretação de Sentidos, que compreende etapas de descrição, análise e interpretação (Gomes, 2006). Esta técnica permite ao pesquisador buscar uma análise mais aprofundada sobre os sentidos das palavras dentro de discursos e das relações que permeiam os grupos sociais. Essa teia complexa é mutável em cada grupo e necessita sempre ser revisitada por uma lógica única que podemos chamar de contextualização (Gomes, 2006).

A primeira etapa do método consiste na descrição das informações coletadas após leitura exaustiva do material, em que as opiniões são preservadas e os dados tratados como fatos. Na etapa seguinte, é necessário fazer uma análise sistemática de busca de palavras e/ou ações que respondem à pergunta de pesquisa e aperfeiçoar as relações dos fatores que aparecem na descrição.

Nas primeiras etapas (descrição e análise), utilizamos para a definição das 6 categorias preliminares os atributos de Profissionalismo propostos por Hilton e Slotnick (2005): Ética; Auto-Reflexão; Responsabilidade; Respeito aos pacientes; Trabalho em equipe e Responsabilidade social. Essas categorias preliminares representam temas que se confundem e são naturalmente sobrepostos. Assim, a principal tarefa nas primeiras etapas foi buscar recortar esses temas de forma isolada, ou com a menor quantidade possível de temas correlatos no texto transcrito.

Obviamente que essa divisão entre as etapas de descrição e análise é eminentemente teórica e organizacional, pois dialogam muito entre si e com a fase seguinte, que consiste na interpretação das informações (Gomes, 2006). A interpretação perpassa desde o início da coleta de dados e suas primeiras análises, e finaliza sedimentando informações na “interpretação das interpretações”. Essa fase é a mais rica, pois precisa explorar muito além da perspectiva individual dos fatos, ela precisa buscar uma compreensão das relações do grupo e do contexto que orbita o objeto de estudo (Minayo, 2004).

Embora as experiências possam parecer únicas ao indivíduo, as representações de tais experiências não surgem das mentes individuais; em alguma medida, elas são o resultado de processos sociais. Neste ponto, representações de um tema de interesse comum, ou de pessoas em um meio social específico são, em parte, compartilhadas (Gaskell, 2000, p. 71).

A etapa de interpretação das informações exige do pesquisador uma certa impregnação das etapas anteriores, não só dos manuscritos transcritos, mas tudo que orbita as falas, portanto é importante que sejamos empáticos para aperfeiçoar a análise (Minayo, 2002; 2006). Um adensamento analítico surge dessa imersão que gera naturalmente uma série de inferências relacionais, que vão gerando bagagem para uma reinterpretação dos dados (Gomes, 2006).

O clímax desse processo é alcançado quando conseguimos condensar conceitos e ressignificar de forma única a investigação realizada (Gomes, 2006). Finalizando o processamento e interpretação do material empírico, emergiram temas relacionados com o objeto de estudo e com as categorias de análise, e que representaram esse condensamento analítico do estudo. Foram construídas, assim, as três grandes categorias de análise do presente estudo: **Comunicação e Humanização; Profissionalismo e Integralidade do cuidado; e Currículo Oculto.**

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CEP-UFSCar) – Parecer nº. 5627658 (CAAE: 59184922.7.0000.5504) de 06/09/2022, e sua execução seguiu as recomendações da Resolução CONEP 510/2016. É importante ressaltar que os

estudantes convidados a participarem da pesquisa foram previamente orientados em contato presencial, no estágio do Internato. No momento, valorizamos esclarecer o caráter voluntário da participação, ao assegurar suas possíveis desistências em qualquer momento da pesquisa.

Assim, a fase de coleta de informações somente foi realizada após os estudantes estarem cientes, a Coordenação do Curso de Medicina da UFAL - Campus Arapiraca ter autorizado, e o CEP-UFSCar ter emitido parecer favorável. Aos estudantes que concordaram em participar do estudo foi disponibilizado o endereço de acesso ao TCLE (Apêndice A) na plataforma Google Forms, pelo aplicativo de mensagens WhatsApp ou pela ferramenta de envio de correio eletrônico (e-mail) em cópia oculta para assinatura do aceite. Essas possibilidades visaram agilizar o acesso ao documento.

O TCLE explicou os objetivos do estudo e todas as possíveis variáveis benéficas ou não para os envolvidos na pesquisa, garantindo total sigilo das identidades e também apoio psicológico ou institucional para qualquer tipo de risco que a pesquisa pudesse oferecer. No TCLE constava o contato dos pesquisadores e do CEP-UFSCar para esclarecer possíveis dúvidas sobre a pesquisa.

No sentido de garantir o sigilo de identidade dos participantes da pesquisa e todas as possíveis citações de outras pessoas durante o grupo focal, cada participante recebeu uma codificação da seguinte forma: a primeira letra referente ao sexo (F = feminino e M = masculino) e um número em ordem crescente pelas falas sequenciais e temporais dos alunos (exemplo: F1, F2, M3, ...).

As gravações de áudio e vídeo do GF foram resguardadas e armazenadas na plataforma Google Drive® até o término da pesquisa, com acesso restrito aos pesquisadores e sendo excluídas após a defesa final da dissertação. As gravações também foram copiadas em *pen drive* próprio e HD externo guardado pelo pesquisador, a serem deletados 5 anos após o término da pesquisa.

Ciente que toda pesquisa envolve risco para seres humanos, na condução do GF tomei cuidado para que os estudantes não se sentissem constrangidos ao exporem suas falas e suas opiniões pessoais, e estas serem gravadas. Com essa preocupação, as perguntas foram pensadas para que não provocassem algum

desconforto e/ou algum gatilho. Mesmo assim, deixei claro que caso alguma dessas situações acontecesse, os estudantes poderiam optar por retirar seu consentimento, bem como se houvesse necessidade os responsáveis pela pesquisa poderiam encaminhá-los a um profissional competente.

Outro aspecto importante é que o estudante poderia também se arrepender de participar da pesquisa e isso gerar algum tipo de desconforto para ele pedir para se desligar, principalmente porque o pesquisador é professor do mesmo curso de graduação. Diminuímos esse risco explicando que os dados da pesquisa são indevassáveis, e que fora do ambiente de pesquisa todos teriam sua identidade preservada, bem como os dados do estudo serão descartados 5 anos após o término da coleta de informações.

Ao optar pela realização de uma pesquisa em ambiente virtual, foi assumido o risco de não se ter controle absoluto de intercorrências inerentes às tecnologias de comunicação, o que também foi frisado no TCLE. Sobre isso, os responsáveis pela pesquisa se comprometeram a cumprir as orientações da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e a salvar em aparelhos de armazenamento externo (não conectados nas redes) os dados coletados.

5 DESCOBERTAS

A seguir, são apresentadas as categorias de análise identificadas, explorando os temas que emergiram da pesquisa empírica e que contribuem com o aprofundamento acerca da compreensão do desenvolvimento dos atributos relacionados ao profissionalismo, bem como obstáculos para sua concretização. Optei por iniciar abordando a categoria **Comunicação e Humanização**, por sua relação umbilical com o profissionalismo. Em seguida, a categoria **Profissionalismo e Integralidade do cuidado**, que dialoga com os princípios do SUS. Por fim, é debatida a categoria **Currículo oculto** e suas implicações no desenvolvimento dos atributos do profissionalismo médico.

5.1 COMUNICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO

Difícilmente encontraremos alguém (médico ou paciente) que questione a importância da relação médico-paciente na prática clínica; entretanto, dificilmente encontraremos alguém (médico ou paciente) que nela não localize problemas corrosivos na atual prática clínica (Rios, 2012, p. 209).

A comunicação é pedra angular para se buscar uma prática médica ética com valores humanísticos que acabam por aperfeiçoar a relação médico-paciente, além de favorecer uma maior resiliência dos médicos para uma atitude colaborativa nas equipes de trabalho. O Ensino Médico precisa incorporar o desenvolvimento da habilidade de comunicação ao longo do curso, não somente para que os alunos tenham maior capacidade técnica para realizar exames propedêuticos eficientes, mas também para que os futuros médicos aprendam a ter empatia e capacidade relacional (Modi *et al.*, 2016).

O aperfeiçoamento da comunicação como habilidade de convívio social e estratégia de aproximação com o outro, cria um laço de confiança e *rapport* para a relação médico e paciente, que por si já é terapêutica. As decisões compartilhadas empoderam o paciente e facilitam a adesão terapêutica, principalmente nos casos de doenças crônicas, gerando contentamento de todos os envolvidos. As habilidades de comunicação se entrelaçam com as do profissionalismo, e seu

desenvolvimento ao longo do curso médico e na pós-graduação é fundamental para a humanização nas redes de atenção à saúde (Gilligan *et al.*, 2021).

Em vários momentos, o grupo focal abordou o tema da comunicação. Nos trechos abaixo aparecem evidências acerca do respeito e da responsabilidade para com o paciente, sendo a escuta ativa uma fortaleza para a empatia.

(...) Às vezes o paciente não se sentir à vontade para dizer alguma coisa, como também do profissional não se propor a escutar. (...) Às vezes os médicos querem tanto já saber o que é que o paciente tem que não se permite escutar, e era uma senhora que tinha chegado relatando que vinha caindo muito e o médico perguntava: “você está se sentindo tonta?”, ela: “não, eu não fico tonta”, começava a tentar explicar e ele: “não, mas no caso a senhora fica tonta e cai?”, aí ela: “não, não é isso, eu fico fraca das pernas porque eu tenho osteoporose...” no final das contas eu sei que a mulher era muito ansiosa e tomava muito alprazolam 2 vezes ao dia e ela vivia muito sonolenta, por isso que ela andava caindo. Então assim, se não tivesse paciência para escutar ela, iria sair dali com alguma medicação para tontura, sendo que não era esse o problema que ela tinha (M4).

A comunicação é, fundamentalmente, uma ponte para uma relação mais afetiva e colaborativa. Uma revisão sistemática de literatura evidencia que vários autores mostram como é importante que o atendimento médico seja centrado no usuário, com base em princípios de uma comunicação colaborativa para conseguir mais sucessos em mudanças de comportamentos e assentimento para um cuidado eficiente (Gilligan *et al.*, 2021). Segundo Stewart (2021): “(...) a comunicação centrada no paciente está positivamente associada à satisfação do paciente, adesão e melhor eficiência nos resultados de saúde da população” (p. 445, tradução nossa).

Dentro desse contexto comunicacional, as falas abaixo exploram vários atributos do profissionalismo. No primeiro relato, temos o respeito ao contexto da paciente, usando o vínculo comunicacional como estratégia para a aproximação de um caso complexo, e a responsabilidade de atuar incansavelmente na busca de algum encaminhamento do caso. Já na segunda fala, o atributo mais evidente é o entendimento da importância do trabalho em equipe.

Paciente de difícil controle da diabetes e hipertensão que era de difícil controle. Então eu percebi que as habilidades de comunicação que a gente adquiriu no início e foi aprimorando ao longo do curso foram de grande valia para se comportar com essa paciente, de

buscar inicialmente entender a queixa dela, buscar entender as inseguranças (...). Criar uma relação para ver se ela ia confiar na gente em passar o que ela sentia também, e pra gente ter uma abordagem que fosse adaptada à realidade dela, para que aquilo pudesse causar um bem para ela no final das contas (...). Durante o tempo que a gente tava na UBS ela foi umas 3, 4 ou 5 vezes lá, ela chegou a comentar que ela era tão viciada em açaí, que ela era do Pará, ela chegou a comprar uma bacia de mais de 120 kg de açaí e que ela tomou essa quantidade todinha. A gente começou a observar algumas coisas na dieta dela, algumas questões no comportamento, ela gostava muito de cerveja, que faziam perdurar alguns achados clínicos que tinha na paciente e que a gente só pode descobrir ao passo desse fortalecimento do vínculo que a gente criou (...) (H2).

A maioria dos médicos tem uma postura mais fechada e o paciente se sente mais confortável em falar determinadas coisas para a equipe de enfermagem, seja para o enfermeiro ou para o técnico, isso eu percebo que os paciente tem essa abertura em conversar com o técnico ou com o enfermeiro (...) (M8).

Inclusive, essa dificuldade de uma comunicação mais relacional pode ser devido a uma hierarquização petrificada nas relação médico-paciente, que dificulta uma interlocução persuasiva e transformadora, como mostra também o relato abaixo:

E sobre essa questão dos pacientes gostarem de esconder certas coisas, eu só penso no meu pai que todas as vezes ele mente nas consultas, e se eu não tiver do lado para desmentir ele, é babado, porque da última vez, o médico chegou para perguntar se ele bebia, ele disse: “não, bebo muito pouco”, eu falei: “pai, o senhor toma cerveja todos os dias, não existe isso de beber pouco”. Mas ele não consegue falar a verdade, sempre enrola um pouquinho, eu acho que tem esses dois lados, tanto às vezes a gente não escuta como às vezes o paciente não sente esse vínculo, essa confiança com a gente por questões pessoais ou até mesmo porque a gente não deu essa abertura (M4).

Essa fala se aproxima de dois atributos do profissionalismo: a ética, quando discute autonomia do paciente; e a auto-reflexão do discente, quando tenta entender as dificuldades de adesão terapêutica em situações crônicas. A natureza ética e moral do agir médico depende de um processo complexo de comunicação dialogada para conseguir realizar uma “ponte” entre o tecnicismo biológico e as necessidades emocionais e subjetivas dos seres humanos. Uma escuta qualificada pode contextualizar problemas clínicos, para que uma conduta técnica geral seja aperfeiçoada e especificada para cada caso, com os julgamentos e escolhas que façam sentido à intersubjetividade (Scharaiber, 2008). Em outras palavras:

A dimensão relacional interpessoal e/ou intersubjetiva sempre estaria presente devido aos imperativos da técnica que se dão necessariamente em um nível comunicacional, inclusive quando da realização de um procedimento, uma intervenção no corpo, tida apenas na sua dimensão biológica, pois no encontro inter-humano não há como subtrair todas as formas possíveis de comunicação. Sempre se comunica algo, e a questão é justamente essa: o que se comunica e com que qualidade e propósito? (Rios, 2012, p. 210)

O esforço de uma comunicação colaborativa busca aprimorar o entendimento das inspirações de usuários autônomos se apropriando de uma comunicação persuasiva com alta capacidade de gerar reflexão e mudanças de comportamento. Além disso, pode naturalmente levar a uma recuperação da autoridade moral dos médicos (Rios, 2012). E foi muito interessante notar que, durante as narrativas do grupo focal, as reflexões dos alunos naturalmente estavam consubstanciadas das dimensões da comunicação e das humanidades, além dos atributos da responsabilidade e do respeito ao paciente:

O professor colocou um vídeo que era de uma mãe que mordida a bochecha, pegava esse sangue colocava na [alguma coisa da filha] e dizia que a filha estava passando mal só para ir sempre no posto de saúde e aí isso me lembrou muito por que no meu internato de MFC [Medicina de Família e Comunidade] chegou uma mãe que levava a filha constantemente e toda queixa era assim: “ahh minha filha está muito estressada, está muito nervosa e desde que o pai largou, a minha filha está muito assim desde que o pai...” e tudo dela girava entorno do ex-marido dela e foi uma frase que eu perguntei que o cara falava no vídeo, “como a senhora se sente sobre isso?” e a partir desse momento a consulta virou para mãe e não mais para a filha (H7).

No entanto, também foi observada a ausência de auto-reflexão:

“Poxa, eu estou há 6 meses acompanhando essa paciente, e mesmo assim ela não me contou”, mas ela não parou para refletir que talvez durante esses 6 meses que ela esteve com essa paciente, ela não tentou criar um vínculo além do médico, (...) a gente o tempo todo na nossa formação fomos estudando e aprendendo a questão da importância de criar um vínculo médico-paciente que seja forte o suficiente para o paciente nos confiar coisas que por vezes ele teria vergonha (M9).

O vínculo é fundamental para estabelecer um laço afetivo e de sensibilidade cultural que contribua com a valorização do ser humano dentro da prática médica. É uma ferramenta fundamental do humanismo, trazendo empatia e cuidado

abrangente. Inclusive, este é um conceito que se complementa com o conceito do profissionalismo (Cohen, 2007). Poucos autores não veem relação entre esses dois temas (Goldberg, 2008).

Durante todo o grupo focal os alunos se posicionaram com várias narrativas de experiências que tocam a questão do humanismo, seja ele no seu conceito de sintoma ou de experiência, na definição de Benevides (2005). Em uma percepção mais direta sobre as trocas, observem as falas abaixo:

Eu lembrei que a médica do vídeo [exibido no início do grupo focal] falava muito “ahh você está sentindo isso, né?” “você está com... né?” se rebobinar o vídeo a gente vai ver que muitas vezes ela fazia aquela afirmação acompanhada do “né” esperando a resposta, a afirmativa daquela paciente, é um erro básico até da técnica da gente, direcionar uma anamnese dessa forma, direcionar esperando alguma coisa já, enquanto é um momento tão subjetivo do exame clínico (H2).

Ela seguiu uma padronização, queixa principal, HDA [História da Doença Atual] e ela não perguntou simplesmente à paciente como ela tava em relação à condição dela. Ela perguntava sobre determinado sintoma, não perguntou “você tá bem?” no sentido mais amplo da pergunta (H7).

Percebe-se nessas e em outras falas anteriores que os alunos exploram o conceito-sintoma, mostrando como é importante dentro da técnica semiológica conseguir humanizar o trato. Aqui percebemos também dois atributos do profissionalismo, a ética e a responsabilidade profissional, que estão ausentes quando não conseguimos realizar uma anamnese que dialogue verdadeiramente com as necessidades do paciente. No entanto, apesar de ser importante essa base humanística e profissional, ainda é uma resposta mais individual de um complexo problema de uma rede desumanizada. No entanto, é visível que alguns alunos conseguem chegar bem próximo do conceito-experiência, que é mais amplo e profundo, e que se relaciona com o atributo da responsabilidade social e profissional na integração com a comunidade. Confira no relato abaixo:

“Poxa, mas será que minha formação aqui vai ser só uma formação para ser uma pessoa gentil e que saiba ouvir?” E não basta ser só isso, eu quero ser isso e mais, eu quero saber resolver, eu quero dar bons diagnósticos, eu quero ter um bom raciocínio clínico, saber de conduta, e ao longo do tempo, conhecendo profissionais autênticos e verdadeiros no dia a dia na prática eu fui percebendo que uma coisa não anula a outra (...). Eu lembraria do eixo de IESC [Integração e Ensino de Saúde e Comunidade], porque foi lá que a gente aprendeu sobre competência cultural, foi lá que a gente aprendeu sobre método clínico centrado na pessoa, foi lá que a gente aprendeu

sobre a consulta em 7 passos, muito mais do que aprender a fazer uma anamnese que seguia todo um protocolo (...) na minha primeira experiência no primeiro período fazendo territorialização num bairro, eu percebi que o maior problema ali daquela comunidade era o número de hipertensos e diabéticos, e saindo nas ruas tinham muitos bares, em toda rua tinha 2, 3 bares, era uma população que bebia muito, era uma população que fumava muito, e a maior parte dos problemas era aquela. Diferente da outra metade da turma que tava lá no sítio em que tinha uma barragem, que jogavam resíduos hospitalares, eles viviam tendo doenças diarreicas porque irrigavam o solo de lá com aquela água. Então, não dá para estar em um local e não me atentar a esse tipo de detalhes e isso não faz de mim uma médica lunática ou que tá nem aí para a medicina tradicional, isso não quer dizer que eu não vou ser competente, e se a gente parar para ver o currículo baseado em competências, por exemplo, ele vai envolver tudo isso (...) (M6).

Inclusive, esses relatos vivos baseados em narrativas podem ser utilizados para ampliar o processo de aprendizagem, promovendo: abordagem de conceitos de ética; melhoria da capacidade de interpretação e de resolução de casos complexos com criatividade; e a problematização de como lidar com emoção e afetividade a partir do convívio com o outro. Junto com as artes, música, literatura, entre outros, a medicina baseada em narrativa auxilia na formação humanística e profissional (Benedetto *et al.*, 2014). A medicina centrada em narrativas pode “estimular a autorreflexão e a empatia, ajudando os alunos a pensar sobre seus pacientes de uma perspectiva diferente e rever suas noções sobre a relação médico-paciente” (Milota; Van Thiel; Van Delde, 2019, tradução nossa, p. 808).

Enfatizo o momento que a aluna fez o relato abaixo, em que vi ela se transportando para o ângulo da paciente, com doses progressivas de amabilidade enquanto ela desenvolvia a narrativa. Claramente, falar sobre o ocorrido trouxe reflexões sobre o encontro clínico. Segue esse trecho:

Essa mulher era da nossa microárea, mas ela tinha tido um pico hipertensivo na sexta-feira. E na sexta-feira era o extramuro do nosso preceptor, a gente não tava lá. Ela voltou para a gente na segunda, porque ela foi atendida ali a princípio e foi pedido para ela voltar para a gente ficar acompanhando. Quando ela chegou lá, foi um encaixe, e quando a gente chegou eu perguntei: “ah essa paciente veio aqui na sexta e pediram para voltar, “ah não, é porque é junho”, eu disse: “ tá, mas porque junho?”, ai ela disse: “Se você não entender na consulta, depois eu te conto”. E aí durante a consulta eu consegui entender, essa mulher também tinha ficado viúva há alguns anos, sempre que chegava o mês de junho era muito difícil pra ela porque o esposo dela faleceu no dia que o filho nasceu, ela tava no hospital, o esposo foi em casa buscar as coisas e quando voltou sofreu um acidente e morreu. No outro dia era aniversário

dela. Então, no dia que o filho nasceu, ela comemora o aniversário de morte do marido e um dia depois é o aniversário dela. Sempre que chega o mês de junho ela descompensa, então ali a gente também conseguiu oferecer esse apoio. São informações que eu percebo que naquele ambiente a gente não deixava passar porque existia um vínculo estabelecido (M6).

A conexão dialogada suscita o impulso para o cuidar, é o vínculo sendo uma ferramenta da comunicação para a humanização e, conseqüentemente, o profissionalismo. Segundo Cohen (2007), a humanização é o desejo ou entusiasmo para que o conjunto de normas do profissionalismo consiga ser aplicado. A conexão próxima entre o narrador (pessoa) e o leitor (médico) implica desejo de cuidado e confiança.

Toda essa conexão pode ser ainda mais ampliada no curso de Medicina da UFAL - Campus Arapiraca, delineando o PPC de forma a tornar a disciplina de Comunicação em Saúde mais longitudinal e integrada aos outros eixos do curso, além de utilizar a Medicina baseada em Narrativas como base metodológica. A concentração do desenvolvimento de aspectos comunicacionais e humanizantes no eixo IESC deixa subentendido que existem dois cursos dentro de um mesmo currículo.

5.2 PROFISSIONALISMO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

O remédio mais usado em medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade (Macedo, Nogueira-Martins e Nogueira-Martins, 2019, p. 335 *apud* Balint, 1957).

Ao redor do mundo, a “bula” dos médicos está sendo desenhada e aperfeiçoada para que eles possam cumprir um regramento mínimo de ações éticas e acolhedoras. Esse conjunto de atitudes, também chamado de profissionalismo médico, exige uma reflexão constante do comportamento dos mesmos frente aos pacientes, familiares e outros profissionais. A formação médica precisa lidar com essa questão complexa, pois os médicos, formados ou em formação, estão circundados por um corpo social que possui sua própria construção de valores culturais e procedimentais, com poder para moldar os atributos do jovem discente (Page *et al.*, 2020). Segundo Balint (2007, p. 3):

(...) não apenas importavam o frasco de remédio ou a caixa de pílulas, mas o modo como o médico os oferecia ao paciente – em suma, toda a atmosfera na qual a substância era administrada e recebida.

Chamou a atenção nas falas dos alunos que há espaço para reflexão acerca da abordagem ao paciente, principalmente em um dos eixos do curso de medicina da UFAL - Campus Arapiraca, chamado de IESC (Integração e Ensino de Saúde e Comunidade), que promove a aprendizagem do respeito aos pacientes e da ética no cuidado:

Eu acho que se tem uma coisa que foi feita ao longo dos 9 períodos da gente, principalmente relacionada à IESC, é se preocupar com o paciente além da parte técnica, que é o que eu falo desde o início, da nossa base ser tão ampla no que tange a isso. A gente começou a frequentar a unidade [de saúde] no primeiro período, uma das nossas primeiras aulas foi fazer um diagnóstico comunitário, então a gente começa a entender desde o início do curso que a saúde se faz para além do atendimento. Então a gente tem que se preocupar se tem uma pessoa em situação de vulnerabilidade, se determinada comunidade tem uma boca de fumo, se tem um esgoto passando a céu aberto, então é uma preocupação que a gente tem no início e não necessariamente de forma específica (...). Ninguém nunca chegou pra isso, mas o que chegou desde o início é que sempre foi ensinado à gente a se importar além da parte biológica, além da parte técnica, e isso de forma ampla, não necessariamente em ações específicas, mas sempre que for identificado que você pode contribuir com aquela pessoa, contribuir com a situação para além do seu conhecimento técnico assim o faça, assim tente fazer, assim vá atrás e dê alguma resolutividade para a pessoa, tente causar algum benefício para a pessoa (H2).

Eu acho que a gente teve uma construção muito sólida desde o início, dessa parte do profissionalismo, de como ser um médico excelente, não só na parte técnica. Acho que desde o início a gente conseguiu construir isso principalmente com a matéria de IESC, que às vezes as pessoas reclamavam um pouquinho, mas foi ela que nos colocou nesse eixo de entender que a nossa relação vai muito além do ser somente médico (H9).

Vários atributos do profissionalismo estão embutidos nessas falas, como responsabilidade, respeito ao paciente, responsabilidade social e auto-reflexão. O profissionalismo exige essas atitudes para que coloquemos o paciente no centro do cuidado, valorizando cada ser humano de forma integral, sem fragmentação biológica. Isso não é de fácil compreensão e incorporação, exigindo que o tema seja abordado durante todo o curso médico. Além de atualizações permanentes ao longo da carreira médica, com reflexões sobre as suas ações – erros e virtudes – no

sentido de estabelecer um padrão profissional de alta excelência (Goldstein *et al.*, 2006).

Várias habilidades relacionadas ao profissionalismo foram sendo abordadas de forma subliminar pelos alunos durante a pesquisa. Quase no final do grupo focal, tentando sentir como o grupo via o conceito de profissionalismo médico, a maioria externou como o aluno abaixo: um amálgama entre competências técnicas-operacionais e de relacionamento humanístico e ético.

Eu não vejo a hora de ler esse trabalho do senhor para ver a definição de profissionalismo médico. Mas pensando nessa parte da empatia da escuta qualificada, de competência cultural, de habilidades e competências de comunicação, eu acho que realmente a gente está muito a frente de muitos outros cursos, e nesse sentido acho que a gente não pode reclamar. Mas pensando na parte técnico-científica, infelizmente, é lamentável, mas o curso deixou muito a desejar (M6).

Nesta fala aparece também a reflexão crítica do seu processo de aprendizagem, que foi prejudicado por dificuldades do curso em oferecer atividades práticas no período da Pandemia de Covid-19. O aluno abaixo explora esse tema, mostrando resiliência para enfrentar os problemas.

O curso foi muito bem aproveitado, está sendo, porque eu tenho quase um ano pela frente. Então eu sei que muito das deficiências que eu ainda tenho, muito dos anseios, medos e coisas que desconheço, ainda terão tempo para serem resolvidos durante esse período. E eu entendo também o ponto de vista da M6, por exemplo, de avaliar de outra forma diferente, que eu acho que é algo pessoal também de entender de como lidar com determinados assuntos não vistos (H2).

Apesar de podermos considerar essa reflexão um pouco ingênua, já que não considera os pilares de uma consciência crítica e transformadora, ela pode ser o início de um processo mais amplo de análise da realidade. Todos os esforços da pactuação do profissionalismo no dia a dia de um estudante de medicina objetivam a superação da crença de uma relação médico-paciente frágil. Ao fazer um esforço para melhorar sua comunicação interpessoal, ou a aprendizagem técnica para realizar um diagnóstico complexo, esse aluno está focando na responsabilidade e integridade para o cuidado integral. A fala abaixo explora vários aspectos sobre essas questões:

Eu lembro de uma senhora que a gente recebeu num hospital de emergência. Essa senhora veio transferida de uma cidade aqui perto, acredito que de Igaci, e ela foi pra lá porque ela precisava avaliar, ela tinha uma osteomielite, e ela foi transferida só que ela não tinha muito critério de transferência, ela poderia ter tratado aquilo no hospital em que ela estava. Enfim, essa senhora tinha algum distúrbio psiquiátrico, ela não conseguia se comunicar muito bem, ela foi jogada lá no hospital sozinha, e quando ela foi avaliada pelo profissional ortopedista ele falou que aquilo não se resolvia ali, que ela voltasse para a cidade dela e que... enfim, e parou e ela foi convidada a se retirar da sala e ficou naquilo. Só que ela ficou sozinha, ela já era uma senhora, ela não se comunicava muito bem. Uma ambulância veio, jogou ela lá e foi embora e por ali passou e foi isso. Eu fiquei muito incomodada, fui lá na frente ver se a ambulância dela estava, a ambulância não estava. Fui no serviço social, conversei, falei que ela precisava voltar para o hospital de origem porque ali não ia ser feito nada por ela, ela não tinha critério aparentemente de estar lá, mas a ambulância tinha ido embora, ela estava com fome porque tinha saído logo cedo, enfim. E parecia que ninguém tava nem aí pra isso, aí eu fui no serviço social, eles entraram em contato com o serviço social da cidade dela, pediram que eu falasse como médica assistente dela, mesmo eu tendo me colocado apenas como estagiária. E a gente conseguiu entrar em contato com a ambulância para que a ambulância do serviço viesse buscá-la, e ali eu fui ver com o pessoal da nutrição se tinha sobrado alguma janta porque já era tarde e ela não tinha comido nada. Enfim, ela ficou se alimentando lá esperando a ambulância dela chegar. E aí naquele dia, quando terminou o plantão eu até comentei com as meninas que no sentido técnico não teria sido feito nada por ela, ela foi mandada embora, mas ninguém parou para pensar como ela iria voltar, ela tava lá sozinha, ela não tinha acompanhante, ela não tinha se alimentado. E às vezes a gente se sente até um pouco culpado por fazer determinadas coisas que os outros olham e dizem: “não, mas isso não é competência sua”. Mas, poxa será que não é? e que medicina restritiva e fechada é essa? (M6)

Na fala acima, vemos a mobilização de vários atributos do profissionalismo, com destaque para a justiça social e a auto-reflexão. A primeira se expressa na inquietação para buscar o mínimo de dignidade para a usuária, sendo a solidariedade a força motriz que a estimulou para o cuidado. Além disso, nessa fala está expressa uma auto-reflexão diferente de outras no texto, pois vemos uma reflexão mobilizadora na realidade imposta. Freire (1985) coloca que para que uma análise crítica da realidade seja transformadora, ela precisa que as perguntas do problema tragam respostas que naturalmente gerem uma ação curiosa de outros questionamentos, configurando-se como um ciclo potente. Nesse último relato discente, também é visível que as perguntas estão entremeadas de ação para mobilizar esforços para alimentar a paciente ou para resolver seu transporte, mas,

ao fazer, a aluna se questiona se é seu papel fazer isso. Freire (1985) explora isso nesse trecho abaixo:

(...) o necessário é que o educando, ao perguntar sobre um fato, tenha na resposta uma explicação do fato e não a descrição pura das palavras ligadas ao fato. É preciso que o educando vá descobrindo a relação dinâmica, forte, viva, entre palavra e ação, entre palavra-ação-reflexão. (...) Agir, falar, conhecer estariam juntos (Freire, 1985, p. 26).

Essa aluna conseguiu definir a ideia de integralidade do cuidado com essa narrativa emotiva, e sua pergunta final é muito instigante, pois dialoga com os conceitos de competência médica e de profissionalismo. Na verdade, o profissionalismo, a integralidade e a competência são complementares e se entrelaçam quando falamos de ensino médico no século XXI. Ciuffo e Ribeiro (2008) desenvolvem muito bem essa discussão:

Dessa forma, entendemos que a noção de competência, eixo estruturante das DCN, constitui uma ferramenta para a integralidade no cuidado e elemento-chave para reorientar o projeto e as práticas pedagógicas que sustentam o currículo. Um profissional competente pode ser considerado aquele que integra conhecimento teórico, posturas, valores, atributos, habilidades e consciência clara sobre os contextos social, político, econômico e cultural; sabe conviver em grupo e com diferenças interpessoais; seja capaz de avaliar novas situações e enfrentá-las com criatividade. Portanto, o princípio de integralidade e a noção de competência configuram-se como eixos complementares no que se refere à educação e à saúde (Ciuffo; Ribeiro, 2008, p. 129).

A integralidade e o profissionalismo são termos polissêmicos e com várias interpretações e reflexões epistemológicas das suas acepções. No entanto, quando se trata de ensino médico, é visível que eles evidenciam a necessidade da mudança do ensino biomédico e da valorização das necessidades em saúde da população. A busca, até de certa forma utópica e aguerrida, de lutar pela dignidade humana e justiça social, aparecem nessa fala abaixo:

E se tem alguma coisa que a gente aprendeu foi a ser inconformado, inclusive com as próprias realidades dentro do curso. A gente precisou lutar muito em algumas situações, então acho que isso foi muito ensinado para a gente, não ser conformado, e não buscar dar o melhor para ser o melhor para a gente, mas para ser o melhor para aquela pessoa que a gente se dispõe. Então, se eu estou lá para

atender eu vou dar o meu melhor por aquela pessoa, e a gente foi ensinado muito sobre isso, sobre buscar todos os artifícios e usar de todas as ferramentas e não se limitar, não se conformar, eu acho que esse inconformismo foi algo que faz muita diferença na nossa prática clínica (M6).

A integralidade fala mais do percurso do que do desenlace, já que as variáveis envolvidas no processo saúde-doença não são previsíveis (Oliveira; Cutolo, 2018). No entanto, o que se espera de um futuro profissional da saúde é que ele consiga se doar plenamente para participar dessa compreensão do viver socialmente, como foi abordado pela discente acima e foi conceituado pelo autor abaixo:

Ou seja, na perspectiva da integralidade, considera-se a saúde como o resultado de aspectos múltiplos da vida de um indivíduo, que não pode ser reduzido a meras díades conceituais, ou mesmo, de relação causa-efeito. Esta ideia fundamenta-se no fato de que, a partir da integralidade, quando se fala de saúde, ela nunca estará alienada da complexidade da vida de sujeitos e de suas contingências (Oliveira; Cutolo, 2018, p. 146).

Essa complexidade pede um olhar amplo e interprofissional para dar conta das necessidades em saúde de uma população muito vulnerável. No sentido de integralidade do cuidado e também do profissionalismo, trabalhar em equipe é fundamental. A integração da prática em serviço apresenta a potencialidade da vivência física dos problemas reais da população, oportunizando o estabelecimento de vínculos com o usuário e com a equipe, a responsabilização frente às demandas individuais e coletivas, bem como a possibilidade de oxigenação de práticas de trabalho desatualizadas (Albuquerque *et al.*, 2008). Por se tratar de um curso novo de medicina, essa integração ainda está amadurecendo, mas já são identificados alguns resultados, segundo os alunos, na fala abaixo:

A gente tinha uma resistência muito grande por eles [profissionais dos serviços de saúde] não estarem acostumados à presença constante de estudantes. Sempre eram aqueles queridinhos, aqueles levados pelos médicos X ou Y, e não, agora eles são obrigados a aceitar porque o vínculo é do serviço com a UFAL. Então, eles primeiro tiveram que aturar a gente, eu percebo pelos relatos da primeiras turmas que tinha dificuldade de aceitação da gente nos campos de prática, a gente não tinha liberdade de fazer nada, ao passo que hoje a gente pega um vínculo mais estruturado, e a gente tem essa liberdade de conversar, tem a liberdade de levar conteúdo, e ajudar nos campos de prática a estabelecer protocolos, por

exemplo, então a gente como curso está se tornando uma unidade efetiva na saúde de Arapiraca (H2).

Em leitura de Oliveira e Cutolo (2018), observei uma definição de integralidade como uma boa prática clínica, e que acaba por significar essa inter-relação com o profissionalismo. Esse encontro clínico pode ser, assim, definido como:

Uma prática clínica baseada nas melhores evidências científicas, pautada nas necessidades do sujeito, faz parte do escopo desse sentido. Incluem-se pressupostos de racionalização das tomadas de decisão, não intervir quando não é necessário, escolher a intervenção singularizada, cooperada com outros profissionais e, sobretudo, negociada com os sujeitos, sem abrir mão da ontologia das doenças. Uma boa prática clínica requer conhecimentos sobre a doença, sobre os aspectos biológicos, mas, como visto, não pode se limitar a este tipo de prática, caso em que a integralidade não estará presente (Oliveira; Cutolo, 2018, p.150).

Os desafios de conseguir incorporar a integralidade como princípio norteador da formação médica se confundem com a dificuldade de uma abordagem educacional sobre o profissionalismo ao longo do curso. A integralidade necessita de uma compreensão complexa das demandas imprevisíveis e modificáveis da população ao longo do tempo, para conseguir ter ações que deem respostas suficientes, como eficiência e afeto. (Oliveira; Cutolo, 2018). O profissionalismo entra exatamente aí: apesar de ser importante esse reconhecimento das necessidades de saúde, ele funciona como uma modulação pactuada de atributos para conseguir exercer um nível de excelência de uma prática médica ética e humanística (Page *et al.*, 2020; Goldstein; Erika *et al.*, 2006).

No sentido de conseguirmos sedimentar essa formação dentro da UFAL - Campus Arapiraca, é necessário um esforço para a integração dos módulos curriculares, para que o PPC seja realmente aplicado na sua plenitude, para fornecer oportunidades de formação profissional para o corpo docente e valorizar a centralidade das reuniões pedagógicas, já existentes no curso. Em paralelo, é importante que a Universidade desenvolva ações para estimular a ampliação da carga horária de docente de 20 para 40 horas. A baixa adesão de docentes para este regime de contratação pode se constituir como um desafio para a incorporação do desenvolvimento da habilidade do cuidado integral em saúde.

Outro elemento importante seria incorporar ao PPC o desenvolvimento dos atributos do profissionalismo de forma longitudinal ao longo do curso, aumentando o seu grau de complexidade com o aumento da maturidade dos discentes. Não entendo que um módulo específico para o profissionalismo precise ser criado, mas inserido na matriz curricular seja do ciclo básico como do ciclo clínico. Por exemplo, pode-se observar o respeito ao cadáver e uma relação cordial entre colegas no módulo de morfologia, bem como pode ser explorado no eixo clínico dentro de Cuidados Paliativos (foco na autonomia do paciente e na empatia do cuidado), ou nas várias especialidades clínicas, as discussões da responsabilidade profissional frente às necessidades dos pacientes.

5.3 CURRÍCULO OCULTO

O currículo oculto emerge como categoria analítica após uma reinterpretação e uma análise sobre o que está inserido de forma subliminar e nas revisões literárias. Como diria Flexner, “acho que não é fácil exagerar a importância do elemento social informal na promoção da ciência e da aprendizagem” (1930). O aspecto ambiental é fundamental para tentar entender essa dupla personalidade do Currículo oculto com o profissionalismo, e pretendo mostrar isso neste capítulo.

O processo de aprendizagem que valoriza os aspectos profissionais ao longo do curso médico depende de uma estrutura complexa que envolve o currículo formal dentro das estruturas organizacionais das redes de saúde e da própria universidade com as singularidades da força de trabalho envolvida. Essas características pessoais e relacionais acabam formando o pano de fundo que molda os estudantes, chamado de currículo oculto e totalmente imbricado quando falamos do ensino do profissionalismo no curso de medicina (Hawick; Cleland; Kitto, 2017).

Hafferty (1998) conceitua o currículo oculto como um “conjunto de influências que funcionam ao nível da estrutura e cultura organizacional” (p. 404), com uma forte relação da cultura e costumes enraizados dentro das práticas médicas que naturalmente influenciam o ensino médico.

Essa rede de influências pode corromper as bases éticas e humanitárias de um ensino médico voltado para atender a sociedade de forma profissional (Shelton; Campo-Engelstein, 2021). O currículo oculto está relacionado com a perda do

encantamento da profissão, a perda da candura e a transformação desses sentimentos em algo pouco elaborado, acarretando em preconceitos e dessensibilização (Irani *et al.* 2021).

Apesar de serem mais raros na literatura, existem pontos positivos ou exploráveis relacionados ao currículo oculto. Os alunos expostos a estágios em unidades distantes dos grandes centros, em zonas rurais ou em locais com baixa qualidade de prestação dos serviços, têm o poder de aperfeiçoar o desenvolvimento humano e ético (Irani *et al.*, 2021), Shelton e Campo-Engelstein (2021) destacaram a importância da integração da ética e do profissionalismo, fundamentado na ética das virtudes, como forma de confrontar o currículo oculto na educação médica.

O currículo oculto perpassou em vários momentos as falas durante o grupo focal, tanto na sua forma engrandecedora das relações profissionais, quanto na sua forma depreciativa. O recorte abaixo traz aspectos negativos do currículo oculto vivenciados ao longo do curso.

Se eu paro para pensar em um pronto atendimento, eu vivi muitas situações assim, inclusive no sentido de ver informações que eu considerava importantes serem negligenciadas, no sentido de que: “ahh, isso não precisa perguntar porque isso vai para coisa que é para ser tratada no postinho”, e muitas consultas que se baseavam em tratar sintomas e não pessoas, não situações. Sempre era: “Ahh, focar no sintoma”, “tá com dor de cabeça”, “tá com epigastralgia” (M6).

Nota-se com muita clareza que os alunos percebem que vários valores e atitudes de preceptores fora do ambiente acadêmico são questionáveis, mas tivemos também comentários de um viés negativo do currículo oculto realizado dentro dos muros escolares, com os próprios professores do curso, como nos trechos abaixo:

Profissionais/professores que tinham se formado antes sempre falavam “ahh, eu quero ver como vocês vão fazer medicina com essas conversinhas aqui de escutar paciente, de ser gentil, eu quero lá saber onde ele mora, com quem ele vive, isso não tem nada a ver, vocês têm que aprender a fazer medicina do jeito que é e saber” (M6).

“quero ver conversar quando tem 20 pra atender no dia” (H7).

Nessas primeiras falas é notório que o currículo oculto tem potencial deletério para o desenvolvimento de três atributos do profissionalismo: responsabilidade,

respeito aos pacientes e ética. Na primeira fala é visível como o preceptor induz os alunos a não valorizarem a demanda do usuário, omitindo o compromisso de entender o outro e se mostrar cortês. Na segunda e terceira falas se percebe uma relação antiética do professor, evidenciando desconhecimento técnico da Medicina Centrada na Pessoa e indo contra um princípio fundamental da ética médica, o da benevolência.

Os docentes são catalisadores objetivos e subjetivos na construção do currículo oculto, moldando e sendo moldados pelas relações educacionais. A sua influência exerce poder sobre os atores do processo de aprendizagem, podendo perpetrar de maneira intencional os valores do profissionalismo médico. No entanto, o professor pode também ser vítima deste processo, uma vez que sua própria formação acadêmica provavelmente foi precária na construção dos atributos do profissionalismo médico. Além disso, as poucas informações que o mesmo recebe acerca da temática permanecem conflitantes em relação a práticas e valores profissionais (Thompson *et al.*, 2104).

Como mencionado anteriormente, os aspectos culturais e comportamentais do corpo docente impactam nos valores que influenciam a formação médica, configurando o currículo oculto. Outro aspecto a ser destacado é a própria estrutura organizacional das Instituições de Ensino Superior (divisão de recursos, projetos científicos propostos, organograma de professores) que ajuda a compor a grande teia que é o currículo oculto, impactando fortemente no conjunto de desempenhos relacionados ao profissionalismo médico (Hafferty, 1998).

Nessa perspectiva, é interessante notar como há uma atitude reflexiva por parte dos estudantes sobre o currículo oculto, seja intra ou extra muros acadêmicos, o que nos remete ao atributo da auto-reflexão. Aqui essa reflexão me parece um pouco ingênua e não alcança o poder de uma consciência crítica transformadora, mas a inquietação da pergunta provocativa está lançada e, se for alimentada com uma teia de outras perguntas e de articulações para mobilização coletiva, pode gerar uma ação transformadora.

Caramba, eu ainda não entendo como tantos médicos fazem tantas coisas e não perdem o CRM, porque têm situações que realmente não dá, tanto que a gente fala “a faculdade é um ambiente muito interessante, a gente aprende o que deve fazer, principalmente o que não deve fazer”, eu aprendi muito realmente, principalmente em questões práticas o que realmente não fazer, e é muito complicado porque a gente saía de uma aula onde dizia faça isso, faça aquilo, e a gente na prática via uma coisa que não era empregada, entende? Então, às vezes dá esse choque sim (H7).

O currículo oculto tem um potencial para prejudicar fortemente o desenvolvimentos dos desempenhos relacionados ao profissionalismo. Portanto, é necessário estimular uma atitude reflexiva dos alunos, um reforço institucional de avaliações dos locais onde o contexto educacional possa valorizar práticas não profissionais e a formação continuada dos docentes para lidar com situações antiéticas ou não empáticas que emergem do currículo oculto (Hawick; Cleland; Kitto, 2017).

A capacidade de auto-reflexão deve estar prevista nos currículos, uma vez que tem potencial de problematizar as experiências vivenciadas durante o curso para que os estudantes identifiquem aspectos positivos e negativos do currículo oculto. Os trechos abaixo relatam as reflexões provocadas pelas experiências vivenciadas durante a formação:

Não sei se ela não se sentia confortável em falar pra gente ou não sei se ela queria esconder mesmo, mas existiam esses casos assim, onde a pessoa sempre tinha um Q a mais, ou então quando a preceptora começava a puxar ela conseguia tirar mais informações, até às vezes mais do que a gente mesmo ou às vezes acontecia de outras pessoas da UBS virem trazer determinadas situações, então a gente tava na consulta, aí depois que a pessoa saía, no final vinha uma agente de saúde ou vinha outra pessoa trazer novas informações sobre o caso e tudo mais. Então, às vezes a gente até se preocupava de uma forma diferente do que o problema que realmente era (H3).

No início, quando alguém chegava e dizia: “não, mas eu vim para ser atendida pelo Dr. X”, a gente dizia: “tudo bem”, porque a gente respeitava. Ele se impunha e dizia: “não, elas estão aqui como estagiárias, elas são futuras médicas e a senhora pode confiar nelas”, e aí as pessoas confiavam (M6).

Na prática com alguns médicos que não são nossos professores, a gente aprendeu como não agir, o que não fazer em certos momentos, mas isso a gente conseguiu perceber por conta dessa base teórica. Então, como a gente teve uma teoria muito sólida, a gente percebe que, em alguns momentos, o profissionalismo de certos médicos, o jeito de agir de certos médicos, não está sendo condizente com o que a gente aprendeu e com o que a gente quer ser como profissional (M9).

Apesar de aparecer pouco nas falas, como também na própria literatura sobre o tema, é visível que o currículo oculto tem potencial para essa sobrelevação de algo nocivo para saudável. No entanto, isso não acontece de forma espontânea; é necessário um esforço da escola médica para tornar explícitos os aspectos deletérios do currículo oculto. Existem várias formas relatadas para isso, como debates em pequenos grupos de estudantes – principalmente em locais protegidos –, a aprendizagem por meio de técnicas de *feedback*, a utilização de narrativas reflexivas, a inserção do profissionalismo no currículo formal, entre outras. Segundo Santos *et al.* (2020, p. 12), essas “estratégias têm como objetivo tornar o oculto visível e o implícito, explícito”.

A utilização de metodologias ativas tem o potencial de produzir reflexão sobre as vivências, bem como desenvolver a capacidade de auto-conhecimento e compreensão de que o processo de ensino é contínuo. Foi visível que os alunos exploraram isso no grupo focal, como transcrito abaixo:

Eu tenho a impressão que a gente aprendeu muito assim, no nosso dia a dia, no sentido de desenvolver habilidades e virtudes que preparam uma base pra isso. Então, por exemplo, como o H2 citou, na tutoria não tem um lugar melhor para a gente aprender a ouvir do que numa tutoria, a gente ouvia muito mais do que a gente falava e a gente precisava entender o momento em que cabia nossa fala e exatamente o que a gente tinha que falar, porque a oportunidade era aquela porque se eu deixasse passar, passou, era ali onde eu iria ser avaliada (M6).

Saber da existência de alguma coisa é mais importante talvez do que conhecer com afinco, porque você sabendo da existência sem conhecer, aquilo vai gerar uma curiosidade para se no futuro você precisar, você ir atrás, às vezes você saber demais uma coisa é ruim porque você acha que sabe tudo e esquece de tá ali pesquisando, por isso a minha concepção de que o curso foi muito bem aproveitado está sendo, porque eu tenho quase um ano pela frente, então eu sei que muito das deficiências que eu ainda tenho, muito dos anseios, medos e coisas que desconheço, ainda terão tempo para serem resolvidos durante esse período (H2).

O relato abaixo evidencia a potência nas metodologias ativas e sua centralidade no processo de aprendizagem dos alunos, promovendo espaços necessários de reflexão para que se discutam situações vivenciadas no currículo oculto e que haja o fortalecimento da comunicação com resultados de laços éticos e profissionais, como relatado abaixo.

(...) por passar por tutoria, por passar por um processo de metodologia ativa, a gente percebe que é exigido a todo momento a necessidade de você se expressar e não só de expressar, de você entender o outro (H2).

As metodologias ativas tem potencial para empoderar os estudantes do seu processo de aprendizagem, aumentando a reflexividade e sendo um contraponto aos potenciais danos do currículo oculto. Esse método de ensino valoriza a capacidade de aprender a aprender e o trabalho colaborativo, fundamentais e necessários para que os alunos consigam ser resolutivos em problemas clínicos e, junto com os aspectos comunicacionais, amadurecerem suas habilidades socioemocionais (Trullás *et al.*, 2022).

Valorizar os métodos ativos durante todo o curso de Medicina e não somente nos anos iniciais pode aperfeiçoar esse amadurecimento, em busca da futura identidade profissional desses jovens discentes. Outra ferramenta que o curso pode oportunizar é um espaço de problematização em estágios supervisionados no Internato, para que por meio de reflexões a partir das narrativas dos casos vividos, o aluno com ajuda do supervisor e dos próprios colegas consiga construir soluções e/ou outros olhares sobre condutas clínicas e ações antiéticas de outros profissionais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Não esperes que o rigor do teu caminho
Que teimosamente se bifurca em outro
Que obstinadamente se bifurca em outro
É de ferro teu destino. Como seu juiz...
(Borges, 2001, p. 31).*

Essa pesquisa é gestada dentro de um contexto de medo e de angústia agravado pelo ócio desprezioso causado pelo isolamento social devido à pandemia de Covid-19, em 2020. Além de uma mudança brusca de cidades e trabalho de toda minha família, essa combinação de fatos e aproximação com outras pessoas é que fez nascer o estudo relatado. É necessário fazer essa contextualização, pois nela adentrei em mares desconhecidos, apesar de estarem presentes ao meu lado nos meus últimos 15 anos. O ensino médico esteve e está dentro das minhas maiores inquietudes, e me aproximar desse tema do ponto de vista acadêmico e, fundamentalmente, junto aos estudantes foi memorável e arrebatador.

Em alguns momentos do grupo focal, pareceu que alguns estudantes ficaram com essa inquietude acadêmica, como expresso na fala de uma aluna: *“se a gente pensa no profissionalismo como a junção de tudo isso, eu não vejo a hora de ler esse trabalho do senhor para ver a definição de profissionalismo médico”* (M6). Assim, por meio deste trabalho, espero conseguir ampliar as compreensões sobre o profissionalismo, apesar das dificuldades da acepção mais concreta do termo em si. Os vários sentidos do conceito são uma consequência óbvia de uma dificuldade estrutural: como definir o que é um médico profissional?

Apesar de a maioria dos estudantes não ter domínio sobre a conceituação de profissionalismo médico, foi interessante notar que, durante o grupo focal, várias facetas do conceito foram apresentadas. Os estudantes trouxeram os obstáculos do currículo oculto para o desenvolvimento de boas práticas profissionais, mas ao mesmo tempo tiveram uma posição reflexiva e vigilante sobre práticas questionáveis. Reforçaram com muita ênfase a necessidade da comunicação clínica como mola impulsora de vínculos para o cuidado. Cuidar de gente necessita de

valorização e compreensão do ser humano, incluindo a si próprio, como fizeram nos diversos relatos de suas experiências no encontro clínico.

Os participantes da pesquisa abordaram casos em forma de narrativas, nas quais emergiram atributos do profissionalismo, como respeito ao paciente e trabalho em equipe. Também se posicionaram sobre a importância de buscar entender as necessidades dos usuários para que possam ser eficientes nas possíveis respostas, dialogando assim com a integralidade do cuidado e sua intrínseca relação com o profissionalismo. Evidenciaram que a inserção “precoce” do ensino em serviço os ajuda a perceberem questões teóricas com muito mais propriedade e contribuir com a formação interprofissional do médico, além de qualificar os serviços prestados pela rede de saúde.

Ao mesmo tempo, demonstraram perfil crítico-reflexivo, ao se posicionarem frente à ausência de práticas no eixo clínico do curso, e muita coragem para superar os obstáculos vivenciados na formação, esse mais um atributo do profissionalismo. Outra observação é que todas essas experiências estiveram sempre relacionadas a atividades práticas de ensino e ao eixo de IESC do curso de medicina, havendo poucas citações de outros eixos do curso. Isso é motivo para discussão interna no Colegiado do Curso, pois sinaliza falta de integração curricular. Um dos desdobramentos do presente estudo indica a necessidade de oferta de Programa de Desenvolvimento Docente com foco nos atributos relacionados ao profissionalismo.

Considerando ainda que o curso está formando suas primeiras turmas, os resultados podem aprofundar o entendimento das relações de ensino do curso, contribuindo para a qualificação do processo de aprendizagem e da proposta pedagógica. É importante ressaltar que a formação profissional não finaliza com a obtenção do título de graduação em medicina. É necessário ainda um aprofundamento pedagógico e também um maior tempo cronológico para que esse jovem médico consiga se aproximar de uma identidade profissional transformadora de realidades.

Por se tratar de um tema relativamente novo na educação médica, é de suma importância conhecer as dificuldades que impossibilitam que o médico do século XXI desenvolva e coloque nas suas práticas cotidianas as características profissionais necessárias para uma boa prática médica. É notório que a experiência com o grupo

focal parece demonstrar que há, sim, desenvolvimento de vários atributos relacionados ao profissionalismo no decorrer do curso de Medicina da UFAL - Campus Arapiraca. Como se trata de uma pesquisa exploratória, é prudente ampliar essa avaliação com novos estudos que possam aprofundar o debate.

Após a pesquisa e os desafios encontrados para amplificar o desenvolvimento dos atributos relacionados ao profissionalismo com os estudantes, foi proposta uma série de ações para o curso de Medicina da UFAL - Campus Arapiraca, no sentido de atenuar os efeitos deletérios do currículo oculto ao longo do curso médico. O conjunto dessas ações pode ser caracterizado como um Produto Técnico derivado das descobertas da pesquisa realizada.

Uma das primeiras ações foi acrescentar o termo profissionalismo médico em ementas de módulos educacionais relacionados à prática médica. As ementas atualizadas compõem a nova versão do PPC do curso – publicada em agosto de 2023 – e reforçam os seus objetivos e os atributos do profissionalismo: formação de médicos éticos, reflexivos, humanistas e com capacidade de trabalhar em equipe.

Conseguimos também viabilizar a oferta de um curso de Metodologias Ativas de Aprendizagem para 40 professores (80% dos professores atuais do curso). O objetivo é aprimorar os processos de ensino e de aprendizagem para o desenvolvimento de atributos do profissionalismo médico. A primeira turma, composta por 21 docentes, iniciou o curso no mês de agosto de 2023.

O pesquisador também se tornou referência na UFAL - Campus Arapiraca no debate do profissionalismo médico e das metodologias ativas de aprendizagem. Participou como palestrante na Mostra Acadêmica de início de semestre realizada no mês de maio de 2023 e irá apresentar os resultados do presente estudo na Amostra Acadêmica no mês de novembro de 2023.

Por fim, há perspectiva na produção de artigos científicos que advenham dos resultados dessa pesquisa. Tal produto é importante para difundir os achados e abrir possibilidades de novos estudos, capazes de trazer diferentes olhares acerca do profissionalismo no curso médico, potencializando o aperfeiçoamento da Política Nacional de Humanização (PNH) e, por consequência, contribuindo com a qualificação do SUS.

Finalmente, gostaria de valorizar essa característica vibrante que a pesquisa qualitativa possui, pois funciona como uma experiência histórica e viva, cheia de significados. O grupo focal acabou sendo um local para os alunos colocarem suas angústias e reflexões em forma de narrativas, ressignificando a práxis. Eu fui um sujeito histórico durante a pesquisa e me comovi junto aos relatos sensibilizadores, que foram fundamentais para a compreensão analítica da realidade apresentada neste estudo.

REFERÊNCIAS

- ABREU, N.R. de; BALDANZA, R.F.; GONDIM, S.M.G. Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. **JISTEM - Journal of Information Systems and Technology Management** [online]. 2009, v. 6, n. 1, pp. 5-24. Epub 23 Feb 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.4301/S1807-17752009000100001>>. Acesso em: 01 fev. 2023.
- ADVANCING MEDICAL PROFESSIONALISM. **RCP policy: patient safety**. 6 December 2018. Disponível em: <<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/advancing-medical-professionalism>>. Acesso em: 10 dez. 2022.
- ALMEIDA, H. B. de.; MARACHINI, L. A. **De médico e de monstro**: disputas em torno das categorias de violência sexual no caso Abdelmassih. Caderno Pagu, (50) 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cpa/a/5sdcpFssnggvsJZKHzDjfFC/#:~:text=A%20den%C3%BAncia%20oferecida%20pelo%20Minist%C3%A9rio,depois%20da%20mat%C3%A9ria%20na%20Folha.&text=12%20H%C3%A1%20outros%20processos%20judiciais%20envolvendo%20a%20cl%C3%ADnica>>. Acesso em: 20 dez. 2023.
- ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356–362, jul. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/YSfdZCkkTd9KSvd8Vjmhsqn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 09 jun. 2023.
- AMORETTI, R. A. Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2005, v. 29, n. 2. pp. 136-146. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.2-020>>. Acesso em: 28 dez. 2022. Epub 22 Abr 2020. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.2-020>.
- ANDRADE, R. **Profissionalismo médico**: desenvolvimento de um instrumento de avaliação no médico residente. Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2018.
- AROUCA, A. S. da S. **O dilema preventivista contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. (Doutorado Ciências Médicas). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <https://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/o_dilema_preventivista.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2022.
- AZEVEDO, Aluísio. **O cortiço**. 1890. 30. ed. São Paulo: Ática, 1997. (Bom Livro). Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_actio n=&co_obra=2018>. Acesso em: 20 set 2022.
- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Tradução de Roberto de Oliveira Musachio. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASSANEZI, M. S. C. B. A mortalidade em tempos de ventura e desventura: o Brás na virada do século XIX para o século XX. **Resgate: Revista Interdisciplinar de Cultura**, Campinas, SP, v. 26, n. 1, p. 137–152, 2018. DOI: 10.20396/resgate.v26i1.8648836. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/resgate/article/view/8648836>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

BATISTA, N.A.; VILELA, R. Q. B.; BATISTA, S. H. S. S. **Educação médica no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2015.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BENEDETTO, M. A. C. de, *et al.* Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. **RBM Rev. Bras. Med.** Rio de Janeiro, v. 71, p. 15-24, 2014.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Debates** • Interface (Botucatu) 9 (17) • Ago 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/qgwhN4TZKY5K3LkPfVRbRQK/>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

BORGES, Jorge Luís. **Elogio da Sombra**. São Paulo: Globo, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3**, DE 3 de novembro de 2022. Altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=242251-rces003-22-2&category_slug=novembro-2022-pdf-1&Itemid=30192>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 24 de maio de 2016.

BRASIL. **Resolução nº 3**, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2014.

BRASIL. Presidência da república. Casa civil. **Lei 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390> Acesso em: 17 fev. 2023.

BRENNAN T., *et al.* Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. **Lancet** [periódico na internet]. 2002; 359(9305):520-2. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/journal/01406736/359/9305>>. Acesso em: 15 dez. 2022.

BRIANI, M. C. O ensino médico do Brasil está mudando? **Rev Bras Educ Méd.** 25 (03) • Sep-Dec 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/PVPCMMJxhcXTCMxqvQmX5m/?lang=pt>>. Acesso em: 15 dez. 2022.

BRIANI, Maria Cristina. **História e construção social do currículo na educação médica**: a trajetória do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. 2003. 210 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1594043>. Acesso em: 14 jun. 2023.

BUCHALLA, C. M.; WALDMAN, E. A. e LAURENTI, R. A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2003, v. 6, n. 4. pp. 335-344. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2003000400008>>. Acesso em: 13 dez 2022. Epub 05 Abr 2005. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2003000400008>.

CAMPOS, G. W. de S. A Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Publicado em Saúde Paidéia. São Paulo, **Editora Hucitec**, 2002. Disponível em: <<https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2022.

COHEN, J.J. Viewpoint: linking professionalism to humanism: what it means, why it matters. **Acad. Med.** 2007 Nov;82(11):1029-32. doi: 10.1097/01.ACM.0000285307.17430.74. PMID: 17971686.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/hZLwpVCM8N4ySDF5BNkKcgD/?lang=pt>>. Acesso em: 15 dez. 2022.

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 24, p. 125–140, jan. 2008.

CYRINO, A. P. Da medicina preventiva a medicina comunitária: processo de constituição de campus de ensino extramuros na faculdade de medicina de Botucatu - UNESP (1969 - 1973). **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 1996, v. 20, n. 01, pp. 37-42. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v20.1-006>>. Acesso em: 21 dez. 2022. Epub 22 Jan 2021. ISSN 1981-5271.

CRUESS, Richard L, CRUESS, Sylvia R., BOUDREAU, J Donald, SNELL, Linda; STEINERT, Yvonne. "**Reframing Medical Education to Support Professional Identity Formation.**" *Academic Medicine* 89, no. 11 (2014): 1446-451.

CRUZ, O. **Registro em um diário** – escrito entre 1893 e 1896 – a utilização do microscópio em experimentos realizados no laboratório. Disponível em: <<https://www.museudavida.fiocruz.br/index.php/museologico/objeto-em-foco/microscopio-de-oswaldo-cruz>>. Acesso em: 20 ago. 2022.

DESLANDES, S.F. (org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, 414 p. Criança, mulheres e saúde collection. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/42086/deslandes9788575413296.pdfm.pdf;jsessionid=792193D82D5FF04131C36AFE0FEF074E?sequence=2>>. Acesso em: 20 dez. 2022. ISBN 978-85-7541-329-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413296>.

DIAS, M. M. de S. *et al.* A Integralidade em Saúde na Educação Médica no Brasil: o Estado da Questão. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2018, v. 42, n. 4, pp. 123-133. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180094>>. Acesso em: 27 out. 2022. ISSN 1981-5271.

DONNANGELO, M.C. F. **Medicina e sociedade.** O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975. São Paulo; Pioneira; 1975. 174 p. tab, Livrotab. (Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais Sociologia). Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-17902>>. Acesso em: 20 ago. 2022.

FERREIRA, C. C; SALLES, A. O. T. Uma análise além da renda: o pioneirismo de Gunnar Myrdal na abordagem econômica sobre as desigualdades sociais. **Estud. Econ.**, São Paulo, vol.52 n.1, p.155-183, jan.-mar. 2022. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/ee/article/view/174675/180814>>. Acesso em: 20 ago. 2022.

FLEXNER, A. *Universities: American, English, German.* **London, UK:** Oxford University Press; 1930.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2006, v. 59, n. 4 pp. 532-536. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400011>>. Acesso 17 set. 2022. Epub 31 Mar 2008. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400011>.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil**: situação, tendências e perspectivas. Anais Encontro Nacional de Estudos Populacionais, p. 1-29, 2016. Disponível em: <<file:///Users/anajulia/Downloads/1763-5163-1-PB.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2022.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 2001b São Paulo: Centauro.

FREIRE, Paulo; FAUNDEZ, Antonio. **Por uma pedagogia da pergunta**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017 [1985].

FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z. A.; COHEN, J.; CRISP, N.; EVANS, T et al. **Health professionals for a new century**: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.

GASPARINI, M. F. V.; FURTADO, J. P. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. **Saúde em Debate** [online]. 2019, v. 43, n. 120 pp. 30-42. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912002>>. Acesso em: 28 out. 2022. Epub 06 maio 2019. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912002>.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W. & GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 64-89

GILLIGAN, C. *et al.* Interventions for Improving Medical Students' Interpersonal Communication in Medical Consultations. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, vol. 2021, no. 2, 2021, p. CD012418.

GOLDBERG, J. L. Humanism or Professionalism? The White Coat Ceremony and Medical Education. **Academic Medicine**, vol. 83, no. 8, 2008, pp. 715–722.

GOLDSTEIN, E. A., *et al.* Professionalism in Medical Education: An Institutional Challenge. *Academic Medicine*, vol. 81, no. 10, 2006, pp. 871–876.

GOMES, R. *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação de dados: O desafio da triangulação. In MINAYO, M.C.S. (org.) **Avaliação por triangulação de Métodos**: Abordagem de Programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Cap.6 p.185-222.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Integralidade da saúde: norteador mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2010, v. 15, n. 3, pp. 757-762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300018>>. Acesso em: 18 set. 2022. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300018>.

GROSSMAN, S. *et al.* Consenso Abem para o ensino de comunicação nas escolas médicas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. Rev. bras. educ. med., 2022 46(3), 2022.

HAFFERTY, F.W. 1998. **Beyond curriculum reform**: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med.* 73:403–407.

HAWICK, L; CLELAND, J; KITTO, S. Getting off the carousel: Exploring the wicked problem of curriculum reform. **Perspect Med Educ** 6, 337–343. 2017. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s40037-017-0371-z#citeas>> Acesso em: 20 mar 2023.

HELLER A. **Teoría de las necesidades em Marx**. Barcelona: Península; 1986.

HILTON, S.R.; SLOTNICK, H.B. Proto-professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education. **Med Educ.** 2005 Jan;39(1):58-65. doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.02033. x. PMID: 15612901.

HOFFMAN, R.L.; PETROSKY J.A.; ESKANDER M.F.; SELBY, L.V.; KULAYLAT A.N. Feedback fundamentals in surgical education: tips for success. **Bull Am Coll Surg.** 2015; 100(8):35-9.

KENNY, N. P. **Selling Our Souls**: The Commercialization of Medicine and Commodification of Care as Challenges to Professionalism. **40th Meeting of the American Osler Society**. April 27, 2010. Disponível em: <https://www.americanosler.org/uploads/content_files/files/2010_Nuala_P_Kenny_McGovern.pdf> Acesso em: 20 ago. 2022.

KIRK, L.M. Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2007 Jan;20(1):13-6. doi: 10.1080/08998280.2007.11928225. PMID: 17256035; PMCID: PMC1769526.

KITZINGER, J. **Qualitative Research**: Introducing focus groups. *BMJ.* Londres, v. 311, p. 299-302, jul. 1995.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **Hist. cienc. saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p. 49-69, junho de 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2020.

LACERDA, F. C. B.; SANTOS, L. M. DOS. Integralidade na formação do ensino superior: metodologias ativas de aprendizagem. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior** (Campinas) [online]. 2018, v. 23, n. 3, pp. 611-627. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-40772018000300003>>. Acesso em: 22 out. 2022. ISSN 1982-5765. <https://doi.org/10.1590/S1414-40772018000300003>.

LAMPERT, J. B.; BICURDO, A. M. 10 anos das Diretrizes Curriculares nacionais dos cursos de Graduação em Medicina. Rio de Janeiro: **Associação Brasileira de Educação Médica**, 2014.

LAMPERT, E. O desmonte da universidade pública: a interface de uma ideologia. **Revista Linhas**, Florianópolis, v. 7, n. 2, 2007. Disponível em: <https://revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1342>. Acesso em: 5 jan. 2023.

LEITE, I; BALZA, G. Cremesp abre 25 sindicancias para investigar denuncias contra prevent sênior. **GloboNews**. 01 nov 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/11/01/cremesp-abre-25-sindicancias-para-investigar-denuncias-contrprevent-senior.ghtml>> Acesso em: 17 set 2022.

LORRAINE, H.; JENNIFER, C.; SIMON, K. Sending messages: How faculty influence professional teaching and learning. 2017. **Medical Teacher**, 39:9, 987-994, DOI: [10.1080/0142159X.2017.1337271](https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1337271)

JUNIOR, J. B. R. *et al.* As condições de saúde no Brasil. In: FIEKELMAN, J. org. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf#page=116>> Acesso em: 5 jan. 2023.

MACEDO, P. C. M.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Técnicas de intervenção psicológica para humanização nas equipes de saúde: grupos Balint e grupos de reflexão sobre a tarefa assistencial. In: KNOBEL, D.; ANDREOLI, P.B.A; ERLICHMAN, M.R. (orgs). **Psicologia e humanização**. São Paulo: Atheneu, p. 325-41, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Luiz-Antonio-Martins/publication/235424729_Tecnicas_de_intervencao_psicologica_para_humanizacao_nas_equipes_de_saude_Grupos_Balint_e_Grupos_de_Reflexao_sobre_a_tarefa_assistencial/links/0912f51179a72da9df000000/Tecnicas-de-intervencao-psicologica-para-humanizacao-nas-equipes-de-saude-Grupos-Balint-e-Grupos-de-Reflexao-sobre-a-tarefa-assistencial.pdf> Acesso em: 09 jun. 2023.

MACHADO, M. de F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2007, v. 12, n. 2, pp. 335-342. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>>. Acesso em: 17 set. 2022. Epub 09 maio 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, IMS; 2006. p.43-69 Disponível em: <<http://www.cepesc.org.br/wpcontent/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2022.

MEIRELES, M. A. de C.; FERNANDES, C. do C. P.; SILVA, L. S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. 2019. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 43(2), 67–78. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180178>

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Panamericana da Saúde, 2ª edição. Brasília: 2011. 549 p.

MERH, E. E.; ADOLÉ, G. G. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM 1as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. **Pro-Posições**, Campinas, SP, v. 14, n. 1, p. 53–68, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8643905>. Acesso em: 18 set. 2022.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (orgs.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. de; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N. C. dos S. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. (org.). **Avaliação por triangulação de Métodos: Abordagem de Programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Cap.2 p.71-104.

MINAYO, M.C.S. Sobre o humanismo e a humanização. In: DESLANDES, S.F. organizadora. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 23-30

MINAYO, M.C.S. A prática médica sob julgamento ou as potencialidades da crise. *Rev. bras. educ. med.* 17 (03) • Sep-Dec 1993. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/ZhsPMCmyXLGq5NMD7TS8PKw/?lang=pt>> Acesso em: 18 set. 2022.

MINISTÉRIO da SAÚDE. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília, 1986. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-9.

MODI, J. N.; ANSHU, C. J.; GUPTA, P. & SINGH, T. (2016). Teaching and assessing communication skills in medical undergraduate training. **Indian Pediatrics**, 53(6), 497–504. doi:10.1007/s13312-016-0879-z

NASCIMENTO, S., C. L.; NASCIMENTO, M. A.; CARVALHO, F. M. Transformações no Trabalho Médico. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 129-135, agosto de 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022005000200129&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2020.

NUNES, E. D. A organização curricular do departamento de medicina preventiva e social da faculdade de ciências médicas da Unicamp - análise histórica: 1965 - 1982. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 1984, v. 08, n. 02 pp. 95-103. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v8.2-005>>. Acesso em: 27 dez. 2022. Epub 08 Set 2021. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v8.2-005>.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Integralidade: Algumas Reflexões. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 146–152, jul. 2018.

PAGE, Michael *et al.* Teaching medical professionalism: a qualitative exploration of persuasive communication as an educational strategy. **BMC medical education**, v. 20, n. 1, p. 1-11, 2020.

PAGLIOSA, F. L. e DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2008, v. 32, n. 4 pp. 492-499.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>>. Acesso em: 19 dez. 2022. Epub 14 Jan 2009. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>.

PAIM, J. S. **O Que É o SUS**. E-Book interativo. Ed. FIOCRUZ. 2015 93p. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>>. Acesso em: 05 de dez. de 2022.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. 2010. BIS. **Boletim Instituto Saúde**, 12(2), 109-114. Disponível em:

<<https://repositorio.ufba.br/handle/ti/5975>> Acesso em: 05 dez 2022. <https://doi.org/10.52753/bis.2010.v12.33772>.

PARK S.Y. *et al.* A qualitative thematic content analysis of medical students' essays on professionalism. **BMC Med Educ**. 2017 May 3;17(1):79. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28468614/> Acesso em: 19 dez. 2023. doi: 10.1186/s12909-017-0920-5. PMID: 28468614; PMCID: PMC5415768.

PICCINI, L. A.; FACCHINI, L. A.; SANTOS, R. C. Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). **Preparando a transformação da educação médica brasileira**. Projeto CINAEM III fase: relatório 1999-2000. Pelotas: UFPEL, 2000.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001. Disponível em:

<<http://www.nesbuc.ufc.br/downloads/historiapoliticassaudebrasil.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2022

PONTE, C. F.; REIS, J. R. F.; FONSECA, C. M. O. “Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes”. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010.

PORTO, M. M. de A. **Construção de uma matriz de competências para profissionalismo médico no Brasil**. Tese (doutorado em ciências na área de ensino da saúde) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: [s.n.], 2018.

PRATA, P. R. Duzentos anos de formação médica no Brasil: onde e quando devem ser comemorados? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2010, v. 14, n. 33, pp. 471-473. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200020>>. Acesso em: 25 out. 2022. Epub 27 Ago 2012. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200020>.

RANDALL, V. F. et al. Defining Medical Professionalism Across the Years of Training and Experience at the Uniformed Services University of the Health Sciences. **Military Medicine**, v 181, 10:1294, 2016.

REGO, S. O profissionalismo e a formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 445-446. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000600001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000600001>.

REGO, S. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 183 p. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/b37sm/pdf/rego-9788575413241.pdf>> Acesso em: 25 out. 2022. ISBN 978-85-7541-324-1. <https://doi.org/10.7476/9788575413241>.

RIOS I.C; SCHRAIBER L.B. **Humanização e Humanidades em Medicina**. São Paulo: Editora Unesp; 2012.

RIOS, I. C. Comunicação em medicina. **Revista de Medicina**, [S. l.], v. 91, n. 3, p. 159-162, 2012. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v91i3p159-162. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/58977>. Acesso em: 13 jan. 2023.

RIOS, I. C.; SIRINO, C. B. A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 401-409, set. 2015. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-52712015000300401&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2023. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e00092015>.

SÁ, *et al.* Políticas públicas de saúde e a organização do SUS. *In*: SILVA, M.N.; FLAUZINO, R.F.; GONDIM, G.M.M.; (org.). **Rede de frio: fundamentos para a compreensão do trabalho** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017, pp. 51-82. ISBN: 978-65-5708-091-7. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/m4kn3/pdf/silva-9786557080917-04.pdf>> Acesso em: 19 dez. 2022.

SÁ, M. R. C. A Modernidade Desencantada, a Crise da Medicina e o Imaginário Institucional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 24, n. Rev. bras. educ. med., 2000 24(3), out. 2000.

SANTOS, V. H. *et al.* Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa. **Interface**, Botucatu, v. 24, e190572, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100305&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2022. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190572>.

SATTAR, K. *et al.* Professionalism development of undergraduate medical students: Effect of time and transition. **Medicine (Baltimore)**. 2021 Mar 5;100(9):e23580. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Sattar+K%2C+Akram+A%2C+Ahmad+T%2C+Bashir+U.+Professionalism+development+of+undergraduate+medical+students%3A+Effect+of+time+and+transition.+Medicine+%28Baltimore%29.+2021+Mar+5%3B100%289%29%3Ae23580.+doi%3A+10.1097%2FMD.000000000023580.+PMID%3A+33655905%3B+PMCID%3A+PMC7939229.&btnG=> Acesso em: 09 jun. 2023. doi: 10.1097/MD.000000000023580. PMID: 33655905; PMCID: PMC7939229.

SHELTON, W. & CAMPO-ENGELSTEIN, L. (2021). *Confronting the Hidden Curriculum: A Four-Year Integrated Course in Ethics and Professionalism Grounded in Virtue Ethics*. **Journal of Medical Humanities**. doi:10.1007/s10912-021-09694-2.

SILVA, J. P. V. da; TAVARES, C. M. de M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2004, v. 2, n. 2 [Acessado 23 Setembro 2022] , pp. 271-286. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000200004>>. Acesso em: 10 dez. 2022. Epub 07 Nov 2012. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000200004>.

STEWART, M. Towards A Global Definition Of Patient Centred Care: The Patient Should Be The Judge Of Patient Centred Care. **BMJ** (Online), vol. 322, no. 7284, 2001, pp. 444–445.

STOTZ, E. N. **Necessidade de Saúde**: mediações de um conceito. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

STREIT, D. S. *et al.* Educação Médica: 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais. Rio de Janeiro: **Associação Brasileira de Educação Médica**, 2012.

SOUZA, C. D. F. DE . *et al.* E o Passado é uma Roupas que Não nos Serve Mais: uma Reflexão sobre Integração Ensino-Saúde-Comunidade em Curso Médico do Nordeste. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 7–11, 2019. The Lancet. Medical professionalism and physician wellbeing. Editorial. **Lancet**. 2021 Sep. 4;398 (10303):817. Doi: 10.116/S0140-6736(21)01966-8. PMID: 34481562; PMCID: PMC9754892. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2901966-8>> Acesso em: 26 out. 2022.

THISTLETHWAITE, J.; SPENCER, J. (2008). Professionalism in Medicine (1st ed.). **CRC Press**. <https://doi.org/10.1201/9781315377933>

THOMPSON, B.M.; OWNBY, A.R.; HAFNER, J.P. 2014. The hidden curriculum for faculty. *In*: Hafferty FW, O'Donnell JF, editors. The hidden curriculum in health professional education. **Lebanon**, New York: Dartmouth College Press; p. 215–222.

TRENTO, A. **Do outro lado do Atlântico**, um século de imigração italiana no Brasil. São Paulo: Nobel; Instituto Italiano de Cultura de San Paolo; Instituto Cultural Ítalo Brasileiro, 1989.

TRULLÁS, J.C.; BLAY, C.; SARRI, E.; PUJOL, R. Effectiveness of problem-based learning methodology in undergraduate medical education: a scoping review. **BMC Med Educ**. 2022 Feb 17;22(1):104. doi: 10.1186/s12909-022-03154-8. PMID: 35177063; PMCID: PMC8851721.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Campus Arapiraca. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Arapiraca, 2018. Disponível em: <https://ufal.br/estudante/graduacao/projetos-pedagogicos/campus-arapiraca/ppc_medicina_arapiraca_10-09-2018-1.pdf/view>. Acesso em: 15 nov. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. **Projeto de Interiorização da Universidade Federal de Alagoas**: uma expansão necessária. 2005. Disponível em: <http://www.copeve.ufal.br/concursos/docente_ufal/projeto_interiorizacao_arapiraca.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

VARKEY, B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. **Med Princ Pract**. 2021;30(1):17-28. doi: 10.1159/000509119. Epub 2020. Jun 4. PMID: 32498071; PMCID: PMC7923912.

VICTORA, C.G; KNAUTH, D.R; HASSE, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo; 2000. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4127214/mod_resource/content/1/Victora%20et%20al.%20pesquisa%20qualitativa%20em%20sa%C3%BAde.pdf> Acesso em: 20 jan. 2023.

ZINK, T.; HALAAS, G.W.; BROOKS, K, D. Learning professionalism during the third year of medical school in a 9-month-clinical rotation in rural Minnesota. **Medical Teacher**, Londresdon, v. 31, n. 11, p. 1001-6, 2009.

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS PROGRAMA DE PÓS
GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA – PPGGC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução No. 510/2016 do
CNS)

PROFISSIONALISMO: PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS-CAMPUS ARAPIRACA

Eu, Marcelo Calazans Duarte de Menezes, estudante do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar o(a) convido a participar da pesquisa: “Profissionalismo: Percepção de estudantes do curso de medicina da Universidade Federal de Alagoas-Campus Arapiraca. O objetivo deste estudo é compreender a percepção dos estudantes do último ano do curso de Medicina da UFAL-Campus Arapiraca, no que diz respeito ao desenvolvimento de competências relacionadas ao profissionalismo ao longo da graduação em Medicina. Esta pesquisa está sob a orientação da Prof. Dra. Aline Guerra Aquilante, do Departamento de Medicina da UFSCar.

Você foi selecionado(a) por atender aos critérios de participação da pesquisa empírica, que consiste em ser um aluno do 6º (sexto) ano do curso de medicina na UFAL (Universidade Federal de Alagoas) campus Arapiraca-AL, cidade onde o estudo será realizado. Sua participação na pesquisa é voluntária e não obrigatória, não havendo qualquer compensação em dinheiro pela sua participação.

Qualquer despesa que você venha a ter com a participação na pesquisa, será ressarcida pelos pesquisadores. Você pode desistir de participar dessa pesquisa a qualquer momento, mesmo depois que tiver respondido ao questionário de aceite da pesquisa. Para isso, basta comunicar a sua desistência pelo e-mail mcdmmenezes@estudante.ufscar.br. A equipe de pesquisa dará ciência da mensagem recebida, confirmando a retirada do seu consentimento. Se você optar por não participar, sua recusa não trará qualquer tipo de prejuízo, tanto em relação aos pesquisadores e a esta pesquisa, quanto na relação com a Universidade.

Sua participação consistirá em participar de um grupo focal (GF) com outros colegas da sua turma. Esse grupo será iniciado com a passagem de um vídeo e depois uma discussão sobre o vídeo e suas experiências ao longo do curso de medicina. Está estimado para durar entre 60/90 minutos de discussões. Ao longo da discussão o pesquisador pode fazer algumas perguntas para estimular o debate do grupo. Se ao longo das trocas de experiências do GF você, por algum motivo, sentir constrangimento ou dificuldade de compreensão, pode se abster da discussão. Esse GF será marcado com longa antecedência e será Online através da plataforma GoogleMeet, após o aceite do TCLE.

As entrevistas serão gravadas por meio de dispositivo eletrônico para posterior transcrição e análise de seu conteúdo, por isso, solicitamos sua autorização para gravação. As gravações das entrevistas ficarão armazenadas na plataforma Google Drive® até o encerramento da pesquisa. Somente as pesquisadoras terão acesso a esses arquivos, que serão permanentemente excluídos da plataforma ao término do projeto. Um backup desses arquivos será armazenado em um disco rígido por um período de 2 anos, após o qual serão totalmente apagados. As informações obtidas serão tratadas de maneira a assegurar o

anonimato e sigilo em todas as fases do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras e números, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada e seu nome será substituído.

Os resultados poderão ser divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, respeitando os preceitos éticos das publicações acadêmicas. Além disso, é garantido ao participante o acesso aos dados em qualquer momento do estudo. Entretanto, devido ao tema abordado e a forma como será realizada, essa pesquisa poderá ocasionar desconforto e cansaço devido exposição de opiniões pessoais ao se expor no debate e pelo fato do pesquisador ser docente do próprio curso. Caso isso ocorra, você pode optar pela suspensão da participação na pesquisa.

Devido à utilização de tecnologias digitais, correm-se os riscos característicos do ambiente virtual e da internet, como instabilidade e/ou a velocidade de conexão lenta, que podem dificultar a conclusão das atividades. Nesse caso, você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisa relatando o problema e expressando se ainda há o interesse em continuar a participar.

Outro aspecto importante se refere à privacidade de dados. Esse estudo utilizará aplicativos bem conceituados como o Google Meet®, o Gmail® e o Google Drive®, administrados pela empresa Google. No entanto, os pesquisadores não têm controle sobre a forma como a empresa preserva os dados coletados. A política de proteção de dados e privacidade da Google está disponível em <https://policies.google.com/privacy?hl=pt-BR>. Caso você não se sinta seguro(a) com essa garantia, poderá cessar a sua participação na pesquisa, sem nenhum prejuízo.

Em contrapartida, esta pesquisa poderá contribuir com a compreensão sobre a formação do profissional médico na UFAL-Arapiraca, valorizando os olhares do corpo discente nesse processo. Ressaltamos a importância de o(a) participante da pesquisa guardar consigo sua cópia do documento eletrônico, visando a sua segurança. Você poderá solicitar uma cópia deste termo enviando um pedido para o e-mail do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se com os pesquisadores pelos telefones: (16) 3351-8974 e (21) 97930-7660, ou pelos e-mails mcdmenezes@estudante.ufscar.br e aline@ufscar.br. A presente pesquisa está associada ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação Médica (NEPEM), grupo de pesquisa certificado pelo CNPQ, e ao Departamento de Medicina da UFSCar, localizado na Rodovia Washington Luís, km 235 - São Carlos-SP - CEP: 13565-905.

Caso você ainda tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria. Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30. O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Ao clicar no botão abaixo, declaro que li e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da pesquisa. Também fui informado que o projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que é um órgão

responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Li e aceito participar de forma voluntária desta pesquisa.

Li e NÃO aceito participar desta pesquisa.

APÊNDICE B - Roteiro Semi-estruturado para o grupo focal

1. Após esse vídeo, gostaria que vocês relatassem se viveram situações semelhantes ou correlatas ao longo do curso médico.

2. De que forma vocês vêem que essas situações se relacionam ao tema do Profissionalismo médico?

3. Nas suas percepções, como as competências relacionadas ao profissionalismo médico apareceram durante as atividades teóricas e práticas do curso? Como vocês descreveriam a abordagem dos docentes e preceptores sobre elas?

4. Vocês vivenciaram ou presenciaram situações de conflito ou de dilema ético durante o curso (encontros teóricos ou práticos), onde houve constrangimento por parte de qualquer pessoa envolvida (estudantes, pacientes, docentes etc)? Se sim, poderiam descrevê-los?