

A Percepção do Sistema de Saúde por Estudantes de Medicina através do Uso de Portfólio Reflexivo

Medical Students' Perceptions of the Brazilian Public Health System, expressed in a Reflective Portfolio

Moema Chatkin^I
Daniela Vila Boas^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Aprendizagem.
- Sistema Único de Saúde (SUS).
- Estudantes de Medicina.
- Portfólio Reflexivo.

KEY-WORDS

- Learning.
- Unified Health System.
- Medical Students.
- Reflective Portfolio.

Recebido em: 7/5/18

Aceito em: 8/7/18

RESUMO

A mudança no modo de pensar os cursos de Medicina e o perfil de médico que se espera formar no Brasil desde 2001 acabou por afetar as pessoas e instituições envolvidas nesse processo. Neste estudo buscou-se compreender como os estudantes de Medicina de uma universidade privada percebem o modelo de médico segundo o qual estão sendo formados e se entendem o sistema em que estarão inseridos após sua formatura. Para isto, foi realizado um estudo qualitativo com base nos portfólios dos acadêmicos do último período do curso de Medicina dessa universidade nos anos de 2013 e de 2014. A análise dos portfólios considerou o que se espera da formação médica no Brasil desde 2001: médicos generalistas com formação humanista, crítica, reflexiva e ética. Os resultados mostraram que a maioria dos alunos consegue identificar as diretrizes do sistema de saúde e como este se organiza, mas não se identifica com o cenário e os profissionais que nele atuam. Quanto ao seu papel nesse contexto, alguns adotaram a posição de espectadores, enquanto poucos se reconheceram como parte no processo de mudança necessário ao alcance das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os estudantes acreditavam que a Estratégia Saúde da Família (ESF) poderia dar certo, mas não se sentiam parte desse sistema, olhando de fora, descrevendo, mas não percebendo esse lugar como seu e nem como o lugar do seu paciente imaginado.

ABSTRACT

The way of thinking about medicine courses, and the profile of future physicians in Brazil have changed since 2001, and this has affected the institutions and people involved in this process. This article analyzes medical students' views on what is expected of them after graduation, and the new concept of physician expected by the public health care system in Brazil. It is a qualitative study, based on portfolios developed by students in their final period in the years 2013 and 2014. Analysis of the portfolios considered the expectations generated by the students' expectations of medical schools in Brazil since 2001, i.e., to produce general physicians with a humanistic, critical, reflective and ethical training. The results revealed that most students think about the public health system, and know and understand how it is organized, but they do not identify themselves either with the scenario, or with the professionals who work within it. Regarding their role as students in this context, some students adopted the position of spectators, while others recognized how important they are in helping to change the system in line with SUS guidelines. Finally, the students believe that the ESF may work, but they do not feel part of this system and do not recognize the patients they meet there as their idealized patient.

^I Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II} Instituto Proficere, Pelotas, Rio Grande do Sul.

INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Medicina¹ ditam os princípios, fundamentos e finalidades da formação do médico, e no artigo 3º estabelecem que o graduado deve possuir:

formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, 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.

As DCN vigentes para os cursos de Medicina foram publicadas em 2001 e reformuladas em 2014. Atualmente, esses cursos têm enfrentado o desafio de construir seus currículos e Projetos Político-Pedagógicos (PPP) em torno desse novo perfil de egresso, propondo estratégias de aprendizagem coerentes com os seus objetivos e que abranjam as atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Neste momento de transição, é importante ressaltar que os médicos/professores que estão em sala de aula se formaram no modelo hospitalocêntrico e ainda vivenciam esse modelo na prática do seu dia a dia². Desse modo, embora inseridos em um currículo que visa à formação de médicos generalistas, trazem em si uma concepção de ensino-aprendizagem baseada no modelo que lhes foi apresentado como correto durante a sua formação acadêmica e que continua vigente em seus consultórios e na maioria dos serviços de saúde do País. A maioria desses profissionais foi formada em cursos de Medicina que seguiam o modelo americano flexneriano de ensino médico³, carregando em si o conceito de medicina com foco na doença e o ensino da Medicina centrado em dois cenários principais, o laboratório e o hospital³.

Esse modelo só começou a ser questionado nas escolas de Medicina a partir da década de 1990, quando os efeitos da tecnologia e da disseminação do conhecimento, com o advento da internet, tornaram-se mais pungentes. Souza⁴ aponta quatro das principais causas da falha do modelo flexneriano: a velocidade de produção do conhecimento, que faz com que o médico tenha que buscar se atualizar não somente durante sua formação, mas por toda a sua carreira; a interdisciplinaridade necessária para lidar com os problemas de saúde da população, que ultrapassam as fronteiras das escolas de Medicina; a fragmentação do conhecimento, quando o médico é forçado a se especializar muito cedo; e a invasão da tecnologia

nas salas de aula, que põe constantemente em xeque o conhecimento do professor.

Portanto, para que os novos projetos pedagógicos funcionem, é necessário que haja uma profunda mudança não só no modo de ensinar, mas também no modo de aprender do aluno, já que este vai migrar de um modelo tecnicista e centrado na especialidade para um modelo de médico generalista.

A mudança do sistema flexneriano para o sistema de saúde centrado na Atenção Primária à Saúde (APS) foi implementada no curso de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) em 2002. Para isto, foi feita uma revisão do projeto pedagógico do curso e a implantação do novo currículo, reorganizado em nível de grade curricular, disciplinas e conteúdos disciplinares. Esse novo currículo tinha como eixo central as necessidades de saúde da população e se desenvolveu por meio da integração entre o ensino e o serviço prestado à comunidade, com a inserção precoce dos estudantes na Atenção Primária à Saúde e ESF.

Um dos cuidados tomados ao longo do processo foi o de entender como o aluno de Medicina estaria vivenciando todas essas mudanças, já que circula por múltiplos espaços de aprendizagem (salas de aula, ambulatórios, UBS, ESF) com múltiplos atores (professores, médicos, enfermeiros), que geram diferentes resultados⁵.

A aprendizagem humana se dá num sistema complexo e em constante mudança⁶. Professores, estudantes e profissionais são seres intencionais e interativos que interpretam e reinterpretam os desafios e tarefas que encontram em suas trajetórias múltiplas e são, portanto, frequentemente, imprevisíveis. Toda mudança que se intencione implementar requer um grande esforço coletivo para que possa vencer a inércia imposta pelos próprios sistemas. Mudar requer movimento, enfrentamento de contradições e o hábito de constantemente reavaliar o caminho que escolhemos.

Nesse contexto, é preciso entender como os agentes de determinado lugar irão reagir ao novo em suas práticas diárias. É preciso entender que a simples edição de novas DCN e PPP é insuficiente para que uma nova discursividade e um novo modo de fazer se instalem nos cursos de Medicina, nas UBS, ESF, ambulatórios e hospitais. Com o intuito de analisar de que modo os alunos percebiam o novo currículo e como este estava sendo influenciado pelos personagens que ali atuavam, optou-se por ouvir os alunos do último período do curso de Medicina da UCPEL acerca dos conhecimentos adquiridos a respeito do SUS e da ESF.

Com esse quadro em mente, surgiu a questão de pesquisa deste artigo, que visa entender de que modo os estudantes de Medicina da UCPEL percebiam esse novo modelo de

médico segundo o qual estavam sendo formados e se percebiam e entendiam o sistema em que seriam inseridos após sua formatura.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo que construiu um *corpus* tendo por base os portfólios dos acadêmicos do último período do curso de Medicina durante o estágio na Estratégia Saúde da Família (ESF) nas unidades da prefeitura nos anos de 2013 e 2014. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPEL sob o protocolo 1234080.

Um dos meios de perceber como o aluno está atuando frente ao currículo e de que modo está sendo influenciado pelo mesmo é o uso da ferramenta de portfólio. O portfólio vem sendo utilizado por diferentes faculdades de Medicina desde o início dos anos 2000^{7,8} e pode ser definido como uma coletânea de evidências e inferências dos alunos acerca do seu processo de aprendizagem.

Aqui, o portfólio foi proposto como processo educacional integrante do estágio, sendo parte da avaliação do mesmo, devendo ser construído com base nas vivências dos estudantes na ESF, de forma reflexiva, e responder ou discutir a assertiva: “A Estratégia Saúde da Família, que é o modelo de atenção à saúde adotado no Brasil, tem como principais diretrizes a integralidade, a territorialização, a equipe multiprofissional e a participação da comunidade. Isso tem sido vivenciado na realidade das Unidades de Saúde? Que outras características de ESF podem-se identificar nesta vivência?”.

O contato dos alunos ao longo do curso com as UBS dava-se nos primeiros três períodos, nas disciplinas Necessidades em Saúde, Necessidades em Saúde Materna Infantil e Atenção Primária à Saúde (quatro horas semanais ao longo do primeiro, segundo e terceiro períodos do curso), nas quais os estudantes desenvolviam atividades práticas nas UBS sob gestão da própria universidade. O contato com a ESF ocorria no internato do sexto período. O restante da formação – centrada no que se espera de um médico generalista – ocorria nos demais cenários de aprendizagem da universidade.

No internato do sexto período, os alunos eram inseridos durante um mês numa ESF da Secretaria Municipal de Saúde por 40 horas semanais e atuavam como membros da equipe, sendo orientados pelo médico preceptor do serviço e supervisionados pelo docente, que se reunia com os estudantes duas vezes durante o estágio, primeiro para orientações gerais acerca do funcionamento da ESF e da construção do portfólio, e uma semana após a inserção nos cenários em uma tutoria na qual os estudantes contavam suas vivências e as discutiam com o docente/tutor.

As atividades teóricas foram propostas na metodologia à distância, utilizando-se o *moodle* da UCPEL, sendo compostas por uma biblioteca virtual, fóruns de notícias, de dúvidas e de atividades, e um portfólio conjunto, construído como uma *wiki*. Cada aluno acessava o *moodle* com a sua senha, editava o portfólio e digitava suas reflexões, podendo continuar do local onde o colega havia escrito ou escolher no texto outro lugar para inserir suas ideias, de modo que um texto único fosse sendo construído pelos alunos de cada turma. Os estudantes não precisavam se identificar, pois a identificação era feita por sua senha pessoal.

Todos os estudantes matriculados nos estágios em 2013 e 2014 participaram do portfólio, totalizando 155 inserções. Somente o professor supervisor e os alunos envolvidos tinham acesso aos portfólios. Cada um poderia colocar suas inserções em qualquer lugar do texto, mas não podia apagar, alterar ou corrigir o que havia sido escrito pelos outros colegas.

Os textos foram, então, analisados pela metodologia de análise de conteúdo de Minayo⁹, percorrendo-se as seguintes etapas:

- Ordenação dos dados: os portfólios foram impressos e organizados em dois blocos, ano de 2013 e ano de 2014. A impressão seguiu a ordem que os alunos utilizaram para inserir suas impressões. As duas autoras deste artigo leram os portfólios individualmente e montaram um mapa horizontal de suas descobertas no campo;
- Classificação dos dados: as autoras buscaram os tópicos que seriam pertinentes para a melhor compreensão do objeto da pesquisa e para a elaboração de um *corpus* de comunicação (leitura flutuante). Fizeram uma leitura transversal dos dados, recortaram as falas em tópicos e as agruparam em categorias que serviram de fio condutor para a análise final;
- Análise final: o marco teórico foi utilizado para a compreensão do material empírico. Segundo Minayo⁹: “Essa compreensão específica deve nos informar que a fala e o comportamento dos sujeitos relativos à Saúde/Doença trazem consigo uma significação profunda que a época histórica e sua pertinência a uma classe lhes empresta”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos portfólios dos acadêmicos do sexto ano de Medicina, inseridos numa equipe de ESF, tinha como principal objetivo avaliar o impacto de uma educação voltada à formação de um médico generalista de acordo com o descrito nas DCN quanto à percepção do modelo de atenção à saúde e do sistema de saúde do Brasil.

Em 2013, 76 respostas foram dadas à pergunta feita no portfólio, e no ano de 2014 foram obtidas 79 respostas, totalizando 155 inserções.

Observou-se que a maioria dos estudantes encarou como positiva a sua participação no estágio, destacando principalmente as diferenças observadas entre as práticas verificadas nas UBS sem ESF, nos anos anteriores, e o que vivenciaram na UBS com ESF, conforme mostra a fala a seguir:

ESF na UBS: foi uma experiência enriquecedora, pois o funcionamento é diferente do realizado nas UBS de ensino às quais eu estava acostumado. Achei interessante o fato de os pacientes e todos os membros de sua família serem atendidos sempre pelo mesmo médico, o que permite uma relação médico-paciente mais próxima e mais prática, pois o médico já conhece o estado de saúde do paciente no geral, as condições socioeconômicas da família, a organização familiar. Também gostaria de ressaltar o papel dos agentes de saúde, que é muito útil para o monitoramento dos pacientes, bem como os tratamentos a que eles são submetidos e suas necessidades. (2014)

No entanto, os excertos também revelaram várias contradições inerentes aos sistemas que afetam o modo como esses alunos/futuros profissionais relacionam o entendimento que possuem do sistema de saúde e da ESF e do seu papel de estudante e futuro profissional da saúde nesse contexto. Para conduzir essa discussão de modo mais sistematizado, as seguintes categorias de análise foram identificadas: modelo de atenção à saúde; condições físicas e funcionais da unidade ESF; apoderamento do modelo SUS pelo aluno e pela equipe de saúde na ESF. Essas categorias foram elencadas levando em conta a frequência com que apareceram nos textos e a relevância que teriam para se analisar de que modo os alunos estavam percebendo o novo currículo e como este estava sendo influenciado pelos personagens que atuavam nos locais de aprendizagem. A Tabela 1 apresenta a análise descritiva da população estudada.

Modelo de atenção à saúde

Os alunos estavam inseridos em um curso que construiu seu currículo em torno do eixo de saúde coletiva. O curso oferece componentes curriculares que trabalham as necessidades de saúde da população desde o primeiro semestre. Portanto, esperava-se que os alunos do sexto período tivessem fluência para analisar o local em que estavam inseridos e já se subdessem parte desse sistema.

A maior parte dos estudantes mostrou conhecimento do modelo de atenção, comentando a aplicação de seus princí-

TABELA 1
Análise descritiva das categorias identificadas. Pelotas, 2013-2014

Categorias	N	%
– Modelo de atenção (ESF)		
Conhece a ESF	84	54,2
Não conhece a ESF	46	29,7
Ignorado*	25	16,1
– Condições físicas da USF		
Adequadas	5	3,2
Deficientes	34	21,9
Inadequadas	48	31,0
Ignorado*	68	43,9
– Equipes ESF		
Adequadas	83	53,5
Deficientes	19	12,3
Inadequadas	17	11,0
Ignorado*	36	23,2
– Sente-se parte integrante do SUS		
Sim	43	27,7
Não	87	56,1
Ignorado*	25	16,1
Total	155	100

* Ignorado: não foram identificadas falas e/ou referências em relação à categoria.

plos e diretrizes, mas muitos identificaram uma lacuna entre a teoria e a prática:

De maneira geral, devo ressaltar que a população e a classe médica devem ser, ainda mais, educadas no sentido de prevenção, pois só assim será revertido o modelo assistencialista/curativo vigente. (2013)

O comentário acima chama a atenção para o fato de que a classe médica ainda não está preparada para um modelo de saúde vigente no País há quase 20 anos e que ainda não encontrou lugar no discurso universitário e nem mesmo dentro das UBS, como mostra a fala a seguir:

Para isso, acredito que as equipes multidisciplinares têm papel fundamental neste novo modo de “fazer saúde”, que, infelizmente, não é uma realidade em muitas de nossas UBS [...].

E segue identificando os pontos a serem melhorados:

[...] outros tantos pontos estão ainda longe de saírem da teoria, como resolubilidade, melhor coordenação e velocidade de gestão dos planos propostos. (2013)

Esperava-se que os alunos tivessem desenvoltura para trabalhar em seu último ano inseridos em equipes da ESF com conhecimento e entendimento do sistema de saúde e que tivessem consciência do seu papel como médico naquele lugar. Ao se perceber o descompasso entre o conceito de médico que o curso se propõe a formar e os profissionais que estão saindo da universidade, buscou-se encontrar nas falas dos alunos onde estariam os principais pontos de distanciamento entre a teoria e a prática mencionados acima, chegando-se às demais categorias analisadas.

Condições físicas e funcionais das unidades de saúde

As más condições físicas e funcionais das unidades de saúde foram observadas pela maioria dos alunos, e as falas seguintes levantam alguns pontos a respeito das condições físicas e funcionais:

Nessas duas semanas que passei na UBS, dei-me conta do quanto a saúde é dependente dos recursos da prefeitura [...]. Falta tudo! Não tinha gaze para levar nas visitas domiciliares dos pacientes acamados com escaras, pensar em sugerir Der-sani, nem em sonho. (2013)

O período em que permanecemos na UBS também foi esclarecedor quanto à organização do PSF, bem como quanto às funções da equipe multidisciplinar na prática diária do cuidado. Porém, observa-se que muitas ações deixam a desejar. [...] E não apenas elencar atividades para “cumprir” o programa. (2014)

É interessante observar que as outras falas, não apresentadas aqui, sobre os mesmos problemas não contêm nenhum tipo de reflexão ou tentativa de encontrar soluções para as falhas encontradas, como mostrado na análise feita na categoria anterior.

Frente a isso, o primeiro questionamento que emerge é: de que modo o currículo, que vive o paradoxo de não ter seus conceitos efetivados pelo SUS, permite ao aluno se tornar um profissional reflexivo quando a teoria vista em sala de aula é diversa daquela que ele vivencia no SUS, um lugar que tarda a refletir sobre si mesmo?^{2,10}.

Ao não encontrar condições físicas e funcionais na realidade vivenciada nas UBS e ESF, percebe-se que a formação de um aluno reflexivo, capaz de mudar o seu entorno, vai além da sala de aula. A reflexão e a crítica não são conceitos inerentes ao estudante de Medicina, e ele só vai aprender a ser crítico e reflexivo se toda uma prática pedagógica em seu entorno privilegiar o desenvolvimento de tais conceitos. Se os pro-

fissionais que atuam nos lugares por onde os alunos passam não tiverem práticas reflexivas, organizando seu ambiente de trabalho e otimizando as condições a eles oferecidas, como se espera que o aluno ache por si o modo correto de fazer isso?

O conceito de crítica a que se refere aqui não é o do ato de criticar, em si só improdutivo, mas o ato de pensar criticamente, entendido como a capacidade de usar os conceitos científicos na busca da resolução de problemas de modo eficiente e apropriado¹¹.

As falas acima nos mostram um aluno que sabe apontar o que está errado, mas ainda não conseguiu refletir sobre o lugar. Que as unidades de saúde apresentam condições precárias de atendimento em quase todo o País é notório, mas que o aluno de último ano de Medicina ainda olhe para esse quadro e não enxergue uma saída é ainda mais notório e passível de reflexão. De acordo com Papp *et al.*¹¹, cinco estágios podem ser observados no desenvolvimento do pensamento crítico de alunos de Medicina e Enfermagem. A maioria dos alunos aqui descritos se encontra no primeiro estágio – chamado de “aluno não reflexivo” –, em que o estudante não é capaz de aceitar ambiguidade ou de incorporar e adaptar novo conhecimento, tendo somente um modo de juntar e processar informação, normalmente centrado no fato (ex.: hábito, memorização).

Essa ausência de reflexão refletiu-se no modo como a maioria dos alunos encarou a pergunta do portfólio. A ferramenta foi muito pouco utilizada para a discussão do que estava sendo observado, e apenas 38 estudantes demonstraram sentir-se parte do sistema, como este:

Acredito que este portfólio permite um minuto para a reflexão de todos para que possamos juntamente com a universidade cobrar nossos direitos e, assim, melhorarmos o atendimento [...]. (2013)

Para que haja reflexão e avanço numa construção coletiva, é preciso haver uma interlocução mínima entre os participantes. O que se observou na maior parte da descrição das unidades foi um “apontar de dedo” para o que estava errado estrutural e fisicamente nas unidades, sem que os alunos se dessem o trabalho de agir coletivamente, nem mesmo dentro do portfólio:

Vi o funcionamento da UBS e da Estratégia de Saúde da Família, no seu legítimo funcionamento, em uma equipe estruturada, com vontade de trabalhar e de promover o correto. No entanto, a meu ver, existem algumas questões a serem melhoradas. Nesta UBS, o odontólogo não faz parte da Estratégia.

Sugiro um programa de educação continuada à equipe da UBS, mas que fosse um dever, e não apenas oferecido, pois muitos dos encaminhamentos a especialistas poderiam ser evitados caso o provedor de saúde estivesse a par dos procedimentos, das técnicas e das impossibilidades das redes secundárias e terciárias.

Esta experiência foi extremamente válida por me apresentar a realidade diária em uma unidade onde a Estratégia de Saúde da Família é atuante e fundamental para o desenvolvimento saudável da população local. (2014)

Os grifos na resposta dos alunos acima, que foram dadas nessa ordem, na mesma página, ilustram como os alunos ou não leram ou não entenderam o que os colegas estavam dizendo. De acordo com as falas, partimos de uma unidade estruturada, com vontade de trabalhar, para uma crítica ao modo como o trabalho é feito multidisciplinarmente (pelo mesmo aluno), para uma crítica contundente sobre o preparo dos profissionais que ali atuam e, finalmente, para um elogio sem crítica alguma ao trabalho feito pela ESF. A ausência de uma reflexão mais profunda sobre as condições do lugar onde esse futuro profissional está atuando e suas consequências sobre a saúde dos pacientes que por ali circulam mostra esse aluno como observador passivo, o que nos apontou a categoria seguinte.

Apoderamento do modelo SUS pelo aluno

Embora a maioria dos alunos tenha adotado a posição de espectador do sistema de saúde, reconhecendo seus princípios e problemas principalmente em relação à carência de infraestrutura, como mostrado nas categorias acima, outros se reconheceram como parte do processo de mudança necessário ao alcance das diretrizes do SUS.

Ao se propor uma atividade coletiva como o portfólio, esperava-se que os alunos se movessem de um estado inicial de não reflexão (o conceito de ESF visto durante o curso), para um objeto com significado coletivo (construído mediante a união entre a teoria vista nos anos anteriores e a prática vivenciada enquanto um coletivo) e, finalmente, para um objeto potencialmente compartilhado ou conjuntamente construído (o entendimento da situação da UBS-ESF e de que modo o papel do médico é fundamental ou não naquele lugar)¹²

A falta de reflexão dos profissionais ali presentes também é salientada pelos alunos e demonstra que, quando se trabalha em práticas educativas, deve haver uma intencionalidade em cada ato educativo. O fato de inserir alunos nas UBS não significa que eles farão por si sós o trabalho de reflexão e crítica so-

bre o lugar com o intuito de sugerir soluções, principalmente se o lugar não reflete sobre si, como evidencia a inserção a seguir:

Ao ler os comentários já citados neste portfólio, pude notar que de maneira geral é clara a distância entre a teoria e a prática. Lembro de estudar o SUS nos primeiros anos de Medicina e realmente acreditar que seria possível mudar a saúde e a vida dos pacientes de uma comunidade. Com o passar do tempo, frente à prática cotidiana, me deparei com falta de medicação, comércio de fichas para atendimento nos postos, equipamentos em mau estado de conservação... Há, sem dúvida, um grande déficit de médicos que queiram dedicar-se à Atenção Básica de Saúde, e isso reflete a frustração diante do verdadeiro Sistema Único de Saúde do nosso país. (2013)

A ausência de uma prática reflexiva acerca do lugar onde os alunos estão inseridos levou a questionamentos sobre os outros aspectos descritos a respeito do que se espera de um aluno de Medicina ao final da sua formação: a questão da ética e da humanidade. De acordo com Rego *et al.*¹³, é normal que “as instituições de ensino superior tratem da formação moral como se ela ocorresse naturalmente em decorrência da formação técnica”. Por isso, para discutir essa questão, iremos utilizar o conceito de bioética proposto por esses autores, que inclui os referenciais de autonomia, justiça, proteção e compaixão para entender o que se espera de um aluno que esteja vivenciando uma nova discursividade sobre si mesmo.

Ao se inserir o aluno de Medicina desde cedo no SUS, espera-se que ele aprenda ali a vivenciar de modo amplo toda a complexidade humana na sua forma mais básica, um humano doente dependente de um sistema de saúde público e universal. Espera-se também que ele tenha claro, no sexto ano do curso de Medicina, que o SUS foi idealizado para atender toda a população e não somente a população mais pobre e necessitada¹⁴. No entanto, os alunos novamente parecem surpresos ao perceberem que as pessoas ali sejam bem tratadas, conforme exemplifica a seguinte fala:

Hoje, no primeiro dia de UBS, foi possível perceber o vínculo entre médico e paciente criado pela Estratégia Saúde da Família [...] É semelhante a um plano de saúde, onde tu escolhes e tem o direito de consultar com o médico de tua escolha. (2013)

[...] A criação de registros com atendimento continuado, a valorização de aspectos culturais e a facilidade de contato com o médico fazem da prática da ESF um verdadeiro médico particular sob o meu ponto de vista. (2014)

A discussão sobre o modo como os médicos que atendem nas UBS e ESF se diferenciam ou não daqueles que atendem pacientes de convênios particulares e sem convênios (médico particular) deveria ter surgido em algum momento nos portfólios. As falas acima citam o plano de saúde e o médico particular como se fossem o “padrão ouro” de atendimento, e a ausência de qualquer discussão sobre isso nas 155 inserções aqui analisadas pode indicar um afastamento do conceito de ética e de humano, onde os conceitos de compaixão, justiça e proteção preconizados acima, para com qualquer pessoa doente, parecem não ser o foco do aprendizado dos alunos. A seguir, podemos perceber que o lugar parece se adequar à falta de condições e que o paciente se torna até invisível, quase não humano:

[...] Em alguns momentos, fiquei frustrada como profissional, pois não podia fornecer o tratamento adequado ao paciente, já que não havia medicação no posto, e o paciente não tinha condições de comprar. Então, muitas vezes nos adaptávamos à medicação que a UBS fornecia, mesmo sabendo que não era a mais adequada. (2013)

O aluno acima parece não perceber o paciente e se sente frustrado por não poder prescrever a medicação adequada. No entanto, ele se adapta ao lugar e às práticas médicas ali vigentes e, sem demonstrar nenhuma empatia pelo paciente, prescreve algo que não era o mais adequado. Ao não encontrar “eco” para as descrições acima no próprio portfólio, o aluno acaba por referendar a situação acima com o “faz-se o que dá” e, sem avançar na sua reflexão, acaba por se afastar daquele lugar e daquele paciente, olhando para eles como alguém que está ali para conhecer a realidade do lugar, mas que não irá atuar nele. Essa constatação nos levou a questionar o modo como esses alunos percebiam os profissionais que ali atuavam.

As equipes da ESF

Os profissionais que recebem os alunos nas UBS e ESF deveriam servir de mediadores entre a teoria dada em sala de aula e a prática, oferecendo aos alunos as condições necessárias para que vivenciem as contradições do lugar e comecem a refletir sobre o papel do médico naquele local. Se esses profissionais não forem bons guias numa prática médica humanizada e ética, o aluno acabará por vivenciar e incorporar o conceito de que devemos “fazer o que dá e nos adequar ao sistema”, sem nenhuma reflexão e questionamento sobre as consequências desses atos naquele que está ali à mercê desse sistema, o paciente.

Gomes e Rego¹⁵ argumentam que as escolas de Medicina não são responsáveis somente pela transmissão do conhecimento científico, mas são lugares que ensinam todo um modo

de ação no campo, o que conceituaram como um *habitus*¹⁵. Se, nesse *habitus*, o paciente, enquanto humano, não é percebido no contexto da doença e do tratamento nem pelo Estado, nem pelos profissionais do SUS, como podemos esperar que as escolas de Medicina ensinem seus alunos a serem profissionais humanos e éticos?

A resposta a esse questionamento pode estar na teoria de aprendizagem por expansão de Engeström⁷, que propõe novas formas de atividade no trabalho. Segundo esse autor, “uma ação desencadeante crucial no processo de aprendizagem por expansão é o questionamento conflitante do padrão de prática existente”. Se quisermos que nossos alunos de Medicina olhem para o SUS e identifiquem esse lugar como legítimo para trabalhar no futuro, o próprio sistema de saúde deverá começar a questionar suas políticas, práticas e padrões de gestão. Ainda segundo Engeström¹², se os lugares não questionam e refletem sobre suas práticas e tentam simplesmente implementar novos modos de operar, todas as contradições desse lugar permanecem escondidas, e a proposta do “novo” é frequentemente rejeitada.

Nesse sentido, é contraproducente todo o esforço feito pela comunidade universitária para adequar seu currículo e suas práticas docentes se o lugar onde os alunos irão enfrentar a realidade tarda a refletir sobre si e desconsidera que os alunos aprendizes que por ali passam estão vivenciando todas as contradições desses lugares e aprendendo que ali não é lugar de aprendizagem reflexiva, mas, sim, lugar de ação pouco reflexiva, como sugerem as seguintes falas:

Contudo, a coordenação e cuidados parecem-me ser ilusórios ou não próximos da realidade em que vivemos quando se trata da gestão de prontuários eletrônicos ou da gestão de lista de espera. Criticando o modelo ESF em visita domiciliar, pude perceber que, embora exista a organização do dia e microárea a ser atendida, os pacientes ignoram a razão da visita domiciliar, fazendo desta prática uma oportunidade de afastar a equidade como meta a ser cumprida. (2013)

Discordo do colega, a visita domiciliar tem papel importante na ESF, onde existe maior aproximação entre o médico e o paciente, além de ser possível observar as condições de vida de toda a comunidade abrangida. Entendo que possa afastar um pouco a equidade, visto a impossibilidade de realizar visitas em todos os moradores, mas é esta a visão do SUS, maneira desigual aos desiguais. (2013)

A última sentença dessa fala – “é esta a visão do SUS, maneira desigual aos desiguais” – só reforça a discussão já exist-

tente no Brasil de que, para que haja a possibilidade de formar médicos críticos, reflexivos, éticos e humanistas, é necessário um esforço reflexivo coletivo que abranja todos os lugares envolvidos nesse sistema de aprendizagem e docentes facilitadores do processo de construção do saber, capazes de induzir a reflexão e a crítica dos estudantes sobre a realidade onde se inserem¹⁶.

Segundo Vasconcelos¹⁷, que estudou a visão dos profissionais perante a integração ensino-serviço, o envolvimento ativo dos docentes e dos profissionais de saúde na promoção de diálogos reflexivos sobre o ambiente onde os alunos estão inseridos e o exercício da interdisciplinaridade presente no sistema de saúde como um todo são peças fundamentais para uma possível mudança de comportamento dos alunos e futuros médicos. Sem uma reflexão por parte das equipes da ESF sobre o trabalho que ali fazem e a integração dos alunos nesse trabalho, as reformas feitas nos currículos e salas de aula pouco irão contribuir para o aperfeiçoamento da saúde no País.

CONCLUSÃO

A análise dos portfólios nos levou a considerar o perfil do profissional que se espera da formação médica no Brasil: médicos generalistas com formação humanista, crítica, reflexiva e ética. No entanto, o que se observou foi que os alunos de Medicina aqui estudados conseguiram enxergar a ESF como algo que pode dar certo, mas não se sentiam parte desse sistema, olhando de fora, descrevendo, mas não percebendo esse lugar como seu e nem como o lugar do seu paciente imaginado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, pp.8-11.
2. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2004; 14 (1) 41-65.
3. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: Para o bem e para o mal – Tradução: The Flexner Report: for good and for bad. *Rev. bras. educ. méd* 2008;32(4) 492-49.
4. Souza RGS. Estratégia de mobilização para as transformações curriculares. In: Marins JJN e Rego S, org. *Educação Médica – gestão, cuidado, avaliação*. São Paulo: Ed. Hucitec-ABEM; 2011; PP.66-98.
5. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(5) 1400-1410.
6. Engeström Y. From designs experiments to formative interventions. *Theory & Psychology* 2011; 21(5) 598-628.
7. Dannefer EF, Henson LC. The Portfolio approach to competency-based assessment at the Cleveland Clinic Lerner College of Medicine. *Acad Med* 2007; 82 493-502.
8. Silva RF, Sá-Chaves I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso do portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Interface (Botucatu)* 2018; 12 (27)721-34.
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed – Sao Paulo: Hucitec; 2014.
10. Castellanos MEP, Silveira AFMH, Martins LC, Nascimento VB, Silva CS, Bortolotto FHBG et al. Perfil dos egressos da Faculdade de Medicina do ABC: o que eles pensam sobre atenção primária em saúde? *Arq Bras Ciên Saúde* 2009; 34(2) 71-9.
11. Papp KK, Huang GC, Lauzon Clabo LM, Delva D, Fischer M, Konopasek L et al. Milestones of critical thinking: A developmental model for medicine and nursing. *Acad Med* 2014;89 715-720.
12. Engeström Y. Aprendizagem por expansão na prática: em busca de uma reconceituação a partir da teoria da atividade. Tradução: Vilas Bôas D, Damiani M. *Cadernos de Educação* 2002; 19 31-64.
13. Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Rev. bras. educ. méd.* 2008; 32 (4) 482 – 91.
14. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
15. Gomes AP, Rego S. Pierre Bourdieu and medical education. *Rev. bras. educ. méd* 2013; 37 (2) 260 – 65.
16. Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. *Rev. bras. educ. méd* 2010; 34 (2) 207 – 215.
17. Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)* 2016; 20(56)147-58.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

A Dra. Moema Nudilemon Chatkin foi a responsável pela elaboração da proposta dos portfólios e aplicação dos mesmos. Após a coleta do material, a Dra. Moema e a Msc Daniela Vilas Bôas fizeram a análise do material e redigiram o texto em conjunto.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesse a serem relatados.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Moema Nudilemon Chatkin
Rua Marechal Deodoro, 1684, ap. 201.
Pelotas, RS, Brasil. CEP: 96020-220



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.