Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Construção da relação médico-usuário na
graduação em medicina na Universidade Federal do
Acre - UFAC**

Maria das Graças Alves Pereira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, na forma de turma especial - Doutorado Interinstitucional (Dinter) da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal do Acre, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Programa: Saúde Pública
Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.
Orientadora: Prof. Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Co-orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Silveira

São Paulo

2017

Construção da relação médico-usuário na graduação em medicina na Universidade Federal do Acre - UFAC

Maria das Graças Alves Pereira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, na forma de turma especial - Doutorado Interinstitucional (Dinter) da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal do Acre, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Programa: Saúde Pública
Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.
Orientadora: Prof. Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Co-orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Silveira

(Versão Revisada)

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução seja citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em
Saúde Pública Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo

Dados fornecidos pela autora

Alves Pereira, Maria das Graças

- Construção da relação médico-usuário na graduação em medicina na Universidade Federal do Acre - UFAC / Maria das Graças Alves Pereira; orientadora Laura Camargo Macruz Feuerwerker; co-orientador Rodrigo Pinheiro Silveira. -- São Paulo, 2017.
118 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

1. Relação Médico-usuário. 2. Medicina UFAC. 3. UFAC.
4. Educação em saúde. 5. Ensino-aprendizagem. I. Feuerwerker, Laura Camargo Macruz, orient. II. Silveira, Rodrigo Pinheiro, co-orient. III. Título.

COM AMOR

“
...”

Ao meu Filho Amado, **Davi Silva Alves Pereira** - companheiro de tantas existências, desde que fomos estrelas, borboletas, cachorros, peixes, depois pessoas, e depois voltaremos a ser estrelas, numa relação de infinito Amor e tantos Encontros. Mestre de Amor, de vidas – e de reinvenção de vidas, e de Amores!

À minha mãe “dona” **Maria de Lourdes Pereira** e ao meu pai, “seu” **Abdenago Alves Pereira** (*estrelas no céu*) – companheiros ‘ensinadores’ e produtores de vidas em mim! Minha gratidão por cada momento vivido, tenham sido com músicas, palavras, colos, abraços, beijos, silêncios. Minhas referências de solidariedade convivência, moral e relações interpessoais!

GRATIDÃO...

A Deus, Luz Universal! Ser imanente... início, meio e fim de todas as vidas.

Aos meus pais Lourdes e Abdenago (vivos em outro plano), pela invenção de terem me trazido a esse mundo, em seu encontro por aqui.

Ao Filho Amado Davi – Homem da minha vida, pela paciente espera, compreensão e sorrisos cheios de esperança, felicidade e vida!

A cada um dos meus irmãos queridos: Arlete (*in memoriam*), Fátima, Luíza, Abdenago Filho, Lourdes, Abnoen, Mazé, Rita e Francisco – pelo suporte familiar e amoroso, desde que nasci. Também pela grande oportunidade de aprender a conviver e amar as diferenças mais diversas.

A “tia” Ritinha, pelo suporte e incentivo em todos os momentos.

A Cesca, querida companheira e amiga de tantos desafios, sendo o mais amoroso, a aventura da maternidade. Gratidão sincera e profunda pela companhia, apoio e paciência!

A Laura, mestra querida desde o primeiro olhar, professora de vida, que faz de cada encontro a vivência do processo ensino-aprendizagem, uma construção de vidas, que segurou minha mão e minha alma tantas e diferentes vezes, neste atribulado acontecimento do doutorado. Você faz parecer fácil o que é difícil, porque tem em cada movimento uma profusão de Afetos, que transbordam. Mesmo à distância, mesmo em silêncio. Grata conexão.

A Rodrigo Silveira, meu Bom Amigo, querido co-orientador final, pela confiança e aceitação em partilhar comigo os sonhos de doutoramento. Você me inspira a estudar mais. Você me ensinou a compreender e defender ainda mais, o SUS!

A Nilton Ghiotti, primeiro co-orientador, meu amigo, meu médico.

A Osvaldo, Leal Amigo. Pelas lutas compartilhadas em diversas áreas de atuação, na política, na gestão pública, como defensores de um Estado provedor de Seguridade Social. Militante pela Vida!

À CAPES, à Universidade Federal do Acre e ao Governo do Estado do Acre – Secretaria de Estado da Saúde, pela parceria que viabilizou o acontecimento deste

Doutorado Interinstitucional. Uma oportunidade que não teria, sem essa valorosa colaboração.

Aos professores da USP e UFAC, que nos acompanharam nos percursos – às vezes não tão fáceis de sobreviver... pela participação significativa em nossos momentos de encontro – de início ao fim do nosso DINTER.

Ao coletivo Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde da UFRJ, pela acolhida calorosa, apoio e aposta na produção de vida. Pelo afeto produzido em cada encontro, cada abraço, cada riso e cada lágrima. Momentos de muita emoção na convivência de tanta aprendizagem, com vocês. Emerson e Mina, grata por demais. Vocês me deram muitos ninhos por aí!

Aos queridos amigos do coletivo de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, da USP, irmãos de jornada, que tanto me adotaram como família, na participação de grandes embates, na luta por uma sociedade mais justa e democrática, e por uma comunidade mais afetuosa, com bombas e *brownies*. A Luta Continua sempre! E a o Afeto, também!

Aos queridos Amigos e companheiros da Secretaria Municipal da Saúde, principalmente da equipe RACRE, que trilharam comigo um desafio extra no período, de cartografar as Redes de Atenção à Saúde, no Estado do Acre, compondo a Rede de Atenção Compartilhada do Coletivo de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Inesquecível a acolhida, apoio e companheirismo da querida Eufrasia Cadorin – minha gratidão!

Às queridas amigas Parteiras do Acre. Companheiras-pesquisadoras da RACRE, pesquisa linda, inicialmente improvável, que cresceu e floresceu num lindo jardim de descobertas, sementeiras e recolhimentos de sabedoria natural! Zenaide, Vera e Nazaré.

Aos colegas desta missão de doutorado – iniciantes e concluintes. Gratidão especial aos Amigos Cleber Ignácio Santos e Alexsandra Pinheiro, pelas afinidades em defesa do SUS e nas outras vidas – momentos inesquecíveis com vocês.

Aos queridos Amigos servidores da USP, especialmente Angela Fernandez e Edna Arouca, pelo enorme apoio e especial cuidado em todas as horas e sincera amizade.

Ao IFAC, minha casa, pela liberação e apoio durante o período de doutorado, especialmente aos estudantes, pela longa ausência! Espero melhorar o percurso!

Aos Amigos da corja do Fusca, minha gratidão pela parceria e companheirismo.

Às queridas amigas Verônica Loureiro e Albertisa Fonseca, pelo compartilhamento na solução de problemas e promoção de cuidados que me propiciaram a continuidade do curso de doutorado.

Aos queridos Mestres Prof. Tavares-Neto e Prof^a Eliane Azevêdo, pela inspiração e motivação nesta temática.

Aos meus queridos estudantes, que embarcam e remam comigo, numa aventura a cada encontro. Luane Fontenele, pela participação voluntária na organização das gravações.

À Universidade Federal do Acre, pela possibilidade de abertura para esta pesquisa e trabalho focado na melhoria das Relações entre médicos e usuários durante a formação.

Aos trabalhadores da Saúde e Educação, que são militantes e construtores das políticas públicas – mesmo quando não o sabem! O funcionamento (vida ou morte) das Redes reflete as nossas ações individuais e coletivas. Gratidão a quem faz a rede viver! Conecta!

Aos amigos trabalhadores do curso de Medicina, pelas informações e apoio prestimoso de logística para a realização da fase de campo.

A todos os professores e estudantes da medicina/UFAC, que concordaram em participar deste doutorado comigo, acreditando que suas falas seriam trazidas à escuta, mobilizando muita energia pela vida.

A cada um que ouviu, falou, criticou e contribuiu ou pensa que “descontribuiu” para a minha animação e “desanimação” em diferentes momentos desta jornada de doutorado! Tudo isso trouxe afetos que estão aqui dentro – explícitos ou não!

Ao Jardim da Faculdade de Saúde Pública, ator silente de tantas ideias, vidas e histórias. Santuário de vida verde no meio endurecido pelos asfaltos e pelas cinzas...

Especialmente aos Professores: Kathleen Cruz, Ruben Mattos, Angela Capozzolo, Marília Louvison, Laura Feuerwerker e Rodrigo Silveira – cujos comentários possibilitaram maior aprendizado e aprimoramento deste texto.

E ... vamos lá!

“Eu tive uma namorada que via errado. O que ela via não era uma garça na beira do rio. O que ela via era um rio na beira de uma garça. Ela despraticava as normas. Dizia que seu avesso era mais visível do que um poste. Com ela as coisas tinham que mudar de comportamento. Aliás, a moça me contou uma vez que tinha encontros diários com suas contradições. Acho que essa frequência nos desencontros ajudava o seu ver oblíquo. Falou por acréscimo que ela não contemplava as paisagens. Que eram as paisagens que a contemplavam. Chegou de ir no oculista. Não era um defeito físico falou o diagnóstico. Induziu que poderia ser uma disfunção da alma. Mas ela falou que a ciência não tem lógica. Porque viver não tem lógica – como diria nossa Lispector. Veja isto: Rimbaud botou a beleza nos olhos e viu que a beleza é amarga. Tem Lógica? Também ela quis trocar por duas andorinhas os urubus que avoavam no Ocaso de seu avô. O Ocaso do seu avô tinha virado uma praga de urubu. Ela queria trocar porque as andorinhas eram amoráveis e os urubus eram carniceiros. Ela não tinha certeza se essa troca podia ser feita. O pai falou que verbalmente podia. Que era só despraticar as normas. Achei certo.”

UM OLHAR – Manoel de Barros

ALVES PEREIRA, M.G. **Construção da relação médico-usuário no curso de graduação em medicina da Universidade Federal do Acre – UFAC**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Resumo

A particularidade do curso de medicina da Universidade Federal do Acre é descrita desde o projeto de criação do curso, que nasceu da necessidade de fixação de médicos no Acre, e para inserir os estudantes no ambiente da Atenção Primária, além de contar com disciplinas de base humana diante toda a formação. Formaram-se dez turmas na Universidade, e por ocasião da revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais, o curso está revendo a proposta pedagógica curricular. Este estudo foi realizado no ambiente universitário e locais de prática dos estudantes, e teve a participação de professores, preceptores e alunos. A principal motivação foi encontrar os caminhos, percursos, locais e ambientes onde fizesse sentido aos estudantes e professores a aprendizagem para se relacionar com o outro, enquanto sujeito, tomando como ponto de partida o cuidado integral. O estudo ratifica estudos anteriores que tratam sobre a formação médica. Foi recolhido que a aprendizagem acontece de forma singular, e que não existe especificamente um momento onde se conversa especificamente sobre a relação médico-usuário, a não ser os campos de prática, onde os estudantes escutam e observam as atitudes dos docentes e preceptores. Também a aprendizagem acontece nas observações de outros atendimentos, e em situações onde os próprios estudantes estão na posição de usuários do serviço de saúde. A coordenação do curso está investindo tempo e recursos na capacitação de todos os docentes em metodologias pedagógicas de ensino e avaliação, assim como a mudança na grade curricular é uma aposta na melhoria da inter-relação entre as disciplinas. A precoce inserção dos estudantes na vivência com a comunidade foi apontada pelos participantes como um importante dispositivo de vinculação e estabelecimento de uma relação médico-usuário voltada para o cuidado integral.

Descritores: Relação médico-usuário, Medicina UFAC, UFAC, Educação em saúde, Ensino-aprendizagem.

ALVES PEREIRA, M.G. **Building physician-user relationship during undergraduate medical course in Universidade Federal do Acre – UFAC**. 2017. Thesis (Ph.D in Public Health), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

ABSTRACT

The particularity of the medical course of the Universidade Federal do Acre is described from the project of creation of the course, which was created considering the need to fix doctors in Acre, and to insert students in the environment of Primary Care, besides having Primary Health Care disciplines through the whole formation. Ten classes were concluded, and on the revision of the National Curricular Guidelines, the course coordination is reviewing the curricular pedagogical proposal. This study was carried out in the university environment and places of student's practice, and had the participation of teachers, preceptors and students. The main motivation was to find ways, routes, places and environments where students and teachers made sense to learn to relate to each other as a subject, taking as a starting point integral care. The study ratifies previous studies that deal with medical training. It was gathered that learning happens in a singular way, and that there is not specifically a moment where one specifically talks about the physician-user relationship, except the fields of practice, where students listen and observe the attitudes of teachers and preceptors. Also learning happens in the observations of other attendances, and in situations where the students themselves are in the position of users of the health service. The coordination of the course is investing time and resources in the training of all teachers in pedagogical methodologies of teaching and evaluation, as well as the change in the curriculum is a bet in the improvement of the interrelation between the disciplines. The early insertion of the students in the experience with the community was pointed out by the participants as an important linking device and establishment of a doctor-patient relationship focused on integral care.

Keywords: Physician-user relationship, Medical course of UFAC, UFAC, Health education, teaching-learning.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. O ACRE EM MIM	15
3. MINHA IMPLICAÇÃO COM A MEDICINA	22
4. ENTRADA NO CAMPO - VARADOUROS E EMPATES.....	25
5. A UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE E SEU CURSO DE MEDICINA.....	30
6. CAIXA DE FERRAMENTAS – O MEU “MATULÃO”:	36
PRIMEIRAS QUESTÕES	37
7. ACHADOS E ACHADOS	40
O CURSO DE MEDICINA E SUAS “REVIRADAS E VOLTAS”	41
OS PROFESSORES DO CURSO:	52
E OS ESTUDANTES.....	55
8. RECOLHIMENTOS	63
A APRENDIZAGEM DA ÉTICA VERSUS COMPORTAMENTO NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFAC.....	64
RELAÇÃO MÉDICO USUÁRIO E EMPATIA – ONDE É O LUGAR DA PESSOA NO CURSO	65
9. ACONTECÊNCIAS.....	87
10. ENCERR/A/BRINDO O ASSUNTO... ..	101
11. REFERÊNCIAS.....	104
12. ANEXOS	107
.....	108
.....	109
ANEXO II – TERMO CONSUBSTANCIADO DO CEP-UFAC	110
ANEXO III – TERMO CONSUBSTANCIADO DO CEP-FSP/USP	114
ANEXO IV: CURRÍCULO LATTES DA PROFª ORIENTADORA	116
ANEXO V: CURRÍCULO LATTES DA AUTORA	117
ANEXO VI – PORTARIA DO PROGRAMA PRÓ-INTERNATO	118

ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

FSP – Faculdade de Saúde Pública

HUERB – Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MCP – Medicina Centrada na Pessoa

MFC – Medicina de Família e Comunidade

PBL – Problem Based Learning

PP – Projeto Pedagógico

PPC – Projeto Pedagógico Curricular

PS – Pronto Socorro

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

UFAC – Universidade Federal do Acre

USP – Universidade de São Paulo

1. INTRODUÇÃO

*“Pra começar, quem vai colar
Os tais caquinhos
Do velho mundo
Pátrias, Famílias, Religiões
E preconceitos
Quebrou não tem mais jeito
Agora descubra de verdade
O que você ama...
Que tudo pode ser seu
Se tudo caiu
Que tudo caia
Pois tudo raia
E o mundo pode ser seu
(MARINA LIMA – Pra começar)*

A proposta do trabalho foi possibilitar certas visibilidades aos acontecimentos, dispositivos, múltiplas e mútuas afecções, disputas, parcerias, (...), que são parte da produção da graduação em Medicina da Universidade Federal do Acre – no que se trata do preparo dos médicos para suas relações com os usuários na prática profissional.

O estudo em questão traz as peculiaridades que remetem a uma característica marcante do curso na Universidade Federal do Acre, desde o início orientado à formação do médico generalista, com disposição para o cuidado na Atenção Básica, e que se adequasse à cultura local, marcada fortemente pela oralidade e a relação de proximidade mútua, conforme afirma o Projeto de criação do curso.

O que me inquieta é, sobretudo, a aposta transformadora implícita no projeto pedagógico do curso de medicina da Universidade Federal do Acre, que se propõe a preparar os jovens para uma relação de cuidado por meio do encontro com o outro – seu paciente/usuário, no encontro que chamamos classicamente de Relação médico-paciente, que neste trabalho preferi designar como Relação médico-usuário!

Trago nesta Tese um olhar implicado com a possibilidade de produzir mudanças pela Educação. Educação que, semelhante à Saúde, possui áreas de

atuação, mediadas por ideologias, opções (ou falta de), movimentos, coletivos e campos de disputa. Cabe, entre outros, ao docente preservar e cuidar, para que os estudantes aprendam a se produzir no encontro – porque não dizer, proporcionando novas possibilidades de se colocar em análise – ambos: estudante e docente.

Enquanto docente, usuária do Sistema Único de Saúde – todos os brasileiros o são - trago a perspectiva de produzir algumas reflexões sobre como um curso, que nasceu da necessidade de cuidar da saúde do povo do estado do Acre, prepara seus estudantes para o estabelecimento de uma relação de encontro entre eles e aqueles de que irão cuidar – e que cuidado é esse, como é feito, considerando o encontro na relação médico-usuário, sem qualquer pretensão de trazer avaliações sobre o aprendizado da clínica médica!

As narrativas aqui contidas trazem ao leitor reflexões a partir da perspectiva que afirma a centralidade das tecnologias relacionais na produção do cuidado, começando com minha implicação com o Acre, trajetória de vida e vinculação à Universidade Federal do Acre e ao curso de medicina. Além disso, da metodologia utilizada no capítulo intitulado “meu matulão”, que explicita as ferramentas utilizadas para a execução deste trabalho. Seguem-se pistas do que foi encontrado, observado, visto - nas “acontecências”, e os recolhimentos, que abrem a seção dedicada às análises do que foi ofertado nos encontros de oficinas com docentes, estudantes e nas observações. No capítulo “Achados & Achados” trago uma descrição dos dados coletados sobre o curso na UFAC, “encerrabrindo” com as conclusões desta aventura encantadora de pesquisar o cuidado, do ponto de vista de como é cuidada a formação relacional do futuro cuidador...

Convido-vos então, para uma viagem narrativa sobre minha perspectiva para a formação dos médicos na Universidade Federal do Acre, querendo que esta formação também os ensine a ultrapassar as barreiras de si, e dos outros, numa relação intersubjetiva potente.

2. O ACRE EM MIM

*“ Terra da graça, sol da Amazônia / Seio da vida, ossaã
Mística flor cristalina / Índia menina
Pele de mel transparente / Alma, calor, corpo quente
Raça de muita fé e paixão / Minha aldeia*

*Rasgando a noite o luar prateia / As águas turvas do rio
Mágica luz dançarina / Planta latina
Prima do verde selvagem / Irmã de todas as estrelas
Filha de paiquerê todo ser / Minha aldeia*

*Ponta da Pátria que Tupã clareia / Ave nativa verdade
Da fruta doce que invade / Os teus quintais
Serena mata brilhante / Berço de pura semente
Sangue no coração, muito amor / Minha aldeia*

*Ipurinã chamou Aquiri / E viu o céu beijar Juruá
Chama da liberdade / Nunca vai se acabar
Em Xapuri cantou Jaçanã / Yara ouviu em Tarauacá
Santa mãe natureza / Nunca vai se acabar”*

(Sérgio Souto, Minha Aldeia - 1980)

Em fevereiro de 1995, cheguei ao Acre. Naquele tempo, vir para o Acre era um dos significados que designavam o vocábulo “morrer”, de acordo com a 2ª edição do Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (AURÉLIO, 1986).

A minha vinda para o Acre ocorreu como a maioria dos migrantes para aqui chegados: oportunidade de trabalho e modificação completa de ares e ambiência. Significava especialmente adquirir novas experiências, que não poderia ter em outros lugares. Aproveitando a moradia de irmãos na “Terra de Galvez”¹, decidi vir. Naquela

¹ **Terra de Galvez** alusão feita pelos acreanos ao Governador da República do Acre, Luiz Galvez Rodriguez de Árias, que proclamou a República independente em 14 de julho de 1899, como resposta à indefinição do governo brasileiro em anexar o Acre. Este ato precedeu a Revolução Acreana, que só viria a ocorrer três anos depois.

hora em que procurava organizar a vida profissional, vir para o Acre ressignificou minha vida. Completa e definitivamente. VIVER no Acre, um lugar completamente diferente de todos os lugares onde eu estivera antes, tornou-se sedutor, excêntrico, pleno de oportunidades de construções, numa sociedade aberta ao novo, mesmo que esse “novo” já estivesse dentro das pessoas, de mim, embora esquecido ou reprimido. Um povo que passava a resgatar e valorizar sua história e sua cultura, sua “acrianidade”.

A acolhida profissional foi construída na Delegacia Regional do Serviço Social do Comércio, onde conheci grandes amigos, e aprendi muito sobre o Acre, acreanos e acrianidades, inclusive a linda tradição de cantar o Hino Acreano, com o fervor de quem acaba de vencer a luta para tornar-se brasileiro por insistência, bravura e muita luta. Assim é a parte do Acre que me seduziu.

A chegada ao Acre trouxe instantaneamente um convite (obrigatório) ao conhecimento e reconhecimento de suas tradições, culturas, gentes! E gentes múltiplas, diversas, diversificantes, encantadoras. Gentes afetuosas, tragadas no trabalho, mas no paixão genuína pela terra e origens – indígenas, ribeirinhas – onde as cidades nasceram dentro da floresta, a partir das margens dos rios, num encontro da população migrante com a população nativa. Alguns episódios de choque cultural aconteceram nesta breve história do Acre enquanto território brasileiro. Tentativas de invasão da população migrante, que ocuparam as terras e, em alguns casos, sofreram resistência.

As oportunidades de ingressar fortemente na cultura local, experimentando e adquirindo novas formas de encantamento, participação e construção de conexões com pessoas, comunidades, segmentos, populações, realizando o que MEHRY (1995), denomina um “Trabalho Vivo em Ato”. Pleno, entremeado de tecnologias leves e leve-duras.

Nos anos 90, o Acre tinha pouquíssimos profissionais em psicologia – com minha chegada, éramos 6 - e a Prefeitura da capital (Rio Branco) iniciava um trabalho de cuidado com a população infanto-juvenil que vivia na rua – em torno de 60 crianças

e adolescentes, quase todos vinculados à família². Nesse momento, abriu uma vaga para psicólogos na Secretaria Municipal do Trabalho e Bem-Estar Social – SEMTRABES, e migrei do SESC para o novo desafio, baseada em experiências de estágios voluntários de Psicologia Social e Comunitária, de quando era estudante de Psicologia na Universidade Federal do Ceará.

A Prefeitura propunha um trabalho de acompanhamento integral “dos meninos” – e conhecíamos cada um, com suas famílias e histórias. Era fácil e rápida a construção de Redes de Cuidado, que funcionavam, em parceria entre famílias, instituições públicas, privadas e Organizações Não Governamentais. Todas as pessoas envolvidas se conheciam, e a articulação dos trabalhos acontecia rapidamente, pelos contatos pessoais – E na época quando não existiam celulares nem redes sociais. Era tudo vivo-em-ato.

Na prática, a Prefeitura experimentava a instalação de um Abrigamento voluntário dos “meninos”. O Abrigo Carlota D’Anzicourt, que deveria oferecer proteção e abrigo para os meninos que quisessem viver lá. Existiam poucas meninas nessa situação, que eram acolhidas na Casa da Adolescente Mocinha Magalhães. Dessa forma, ingressei para a equipe da Prefeitura, em contratação temporária. Foi uma experiência que me fez mergulhar cada vez mais nas possibilidades que o Trabalho “in-mundizado” de cuidado é capaz de criar.

Éramos uma equipe TRANSDISCIPLINAR – só depois começamos a estudar isso. Mas naturalmente, todos se integravam em todos os trabalhos, de forma simples e complexamente cooperativa, construindo redes de cuidado – E como uma pequena e afinada comunidade colaborativa pode fabricar Redes! Respeitando-se as possibilidades e os combinados que cada um construía com os meninos, não era

² Na tradição acreana, existem muitas crianças vinculadas afetivamente a famílias, sem que haja um processo formal de adoção. Esta referência às famílias das crianças contempla famílias biológicas e adotivas (legalmente ou por afinidade) – que chamo aqui de famílias cuidadoras. É recorrente a prática de parentes ou mesmo amigos próximos cuidarem das crianças da família ou da família ampliada.

reservada nenhuma informação aos colegas. Tínhamos uma lista de 64 crianças e adolescentes morando na rua. Mas, todos eles tinham famílias de referência e casas. E as famílias na maioria das vezes, eram interessadas e cooperativas com seus filhos.

Foi um trabalho de retomada de atividades para “os meninos”: de escola, tratamento médico, dentário, nutricional e social - incluindo suas famílias. E os grupos de capoeira, artes, teatro de rua e artífices existentes naquela época, se inscreveram para compartilhar com os meninos as oportunidades que viam em seus ofícios. No final do ano de 1996, estavam por opção vivendo na rua somente 5 meninos, já adolescentes, que não conseguiram refazer familiar volta para casa. E, juntos, meninos, famílias, artistas, comunidade de Rio Branco, fizemos uma apresentação musical de Natal, tendo as crianças como protagonistas.

Rio Branco fervia de inovações, e os projetos de valorização da cultura local e mitigação de impactos causados nos tempos históricos das sucessivas invasões sofridas por esse pedaço de paraíso.

A Prefeitura da capital, pequena e com pouquíssimos recursos, sobrevivia e se superava com nossos esforços. Tínhamos uma jornada de trabalho diário de 8 horas, mas invariavelmente estendíamos de forma voluntária nosso expediente até a noite, onde nos encontrávamos na Pracinha da Prefeitura, para conversarmos sobre os meninos – e com eles. Eram nossos “Estudos de caso”, onde as informações circulavam entre trabalhadores e meninos, e também o lugar de construção de nossas redes de cuidado e parceria, onde trabalhei até 1996.

E, fui embora do Acre pela primeira vez...

Final de 1996, terminava a gestão do então prefeito Jorge Viana. Perdemos lamentavelmente a eleição, e as esperanças de uma continuidade daquele trabalho era ínfima, dada a carta de intenções do candidato vencedor. Era uma das experiências amargas de como a política voltada para eleições pode destruir projetos vibrantes e transformadores de vidas.

Não esperei pra ver, fui embora do Acre, para tentar estudar fora do país. Procurei a Itália como local de desenvolvimento acadêmico – e meu pai faleceu. Tudo virou, com a solicitação de cuidados e permanência necessária perto da família.

E retornei para o Acre. Ao invés de “morrer pela segunda vez” – em alusão ao sentido denotativo da expressão, “a vida” me capturou. A oportunidade de trabalhar como docente substituta na Universidade Federal me levou de volta às terras de Galvez. Outro sonho que se concretizava.

Logo depois em 1998, a “equipe da Prefeitura” venceu as eleições para o Governo do Estado, reacendendo na população, a vibrante acreanidade, num projeto de desenvolvimento do estado, com sustentabilidade cultural, ambiental, social, econômica e política. A esta proposta, a equipe gestora do autodenominado “governo da Floresta”, liderada pelo governador Jorge Viana, cunhou o verbete Florestania, que traduz a cidadania dos povos da Floresta.

Foi onde se cunhou o termo Florestania, com valores de Opção pelos grupos e pessoas mais fragilizados, empoderamento das comunidades e sinergia entre as políticas públicas e comunidade, de modo que pudemos viver a práxis da Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, ampliada nas ações de um governo que se autodenominava “o governo da Floresta”. Na prática, acontecia a intersectorialidade que permitiu a implantação do SUS e SUAS integradamente com planejamento e construção de programas de Educação com capilaridade em todo o território, incluindo áreas de difícil acesso – no Acre, quando falamos em difícil acesso é algo inacreditavelmente verdadeiro!

Uma parte da origem dessa acreanidade promovida pelo “governo da floresta” pode ser observada no documentário “Borracha para a Vitória”, dirigido por Wolney OLIVEIRA (2005), que retrata de forma realista, como aconteceu a ocupação da Amazônia durante a Segunda Grande Guerra. O governo brasileiro, através do Serviço Especial de Mobilização para o Trabalho na Amazônia – SEMTA, recrutou no ano de 1943, e enviou para a Amazônia, especialmente para o Acre 54 mil nordestinos – noventa por cento destes, cearenses. Rapazes que fugiam da grande seca, com a ilusão de receberem um terreno rentável, e ainda cooperarem com o País, no enfrentamento da guerra, sem a participação no corpo-a-corpo das batalhas da Europa.

Em 2003, retornei à equipe – desta vez no serviço público estadual. Inicialmente como gestora de Políticas da Infância e Adolescência e posteriormente

assumindo a titularidade na Secretaria de Assistência Social, onde tive uma grande oportunidade de conhecer o estado física, culturalmente, com muita implicação. Deparei-me com o trabalho de parteiras, seringueiros, indígenas, que movimentavam o estado e o enriqueciam com sua sabedoria de “Povos da Floresta”, imbricados na mata, onde não chegavam as políticas públicas de saúde, educação, segurança sequer.

Até então, ser “seringueiro” significava ocupar uma posição de inferioridade na escala de valorização humana. A palavra era utilizada como insulto ou rebaixamento. Assim como quem era nascido por um parto feito em casa, por parteiras, raramente “tinha coragem” de assumir essa proeza, tão comum e tão natural aqui.

As pessoas passaram a entrar em contato com a sua história, a conviver com a história do Acre, de forma honrosa. E, quando o governo da floresta “pegou”, foi construído todo um resgate de valores, orgulho, vontade genuína e generalizada de se declarar acreano. Pertencer a esta terra acolhedora e gentil. Ser seringueiro ou filho de seringueiro passou a significar o mais profundo pertencimento ao Acre, assim como ser indígena. Foi resgatada até uma etnia indígena, que se considerava extinta. Os *Poyanawas*, do rio Môa. E “nascer de parteira” passou a ser defendido e valorizado como uma característica que praticamente funcionava como “atestado de origem”!

E a Floresta acreana – agora ampliada e elevada à categoria de poder político acolhia a todos – sem xenofobia. Quem chegava era capturado imediatamente, e passava a pertencer a esse universo particular e tão generoso, chamado Acre. Sentimento de Pertencimento, era o que a Florestania nos garantia!

Em minha percepção, no Acre tudo acontece rápido demais! Como um raio, constroem-se e desconstroem-se quaisquer coisas. Recorrendo à leitura de Mattos e Baptista (2015), à luz de Ball, a implementação de políticas públicas não ocorre após seu planejamento, detalhamento e avaliação. Mas depende de múltiplos contextos e fatores, como a produção dos textos relacionados a ela, os agires da população, as instituições envolvidas, as propostas políticas e as estratégias de ação. Por estas argumentações, pensava que a Florestania seria mais demorada do que foi.

Os tempos áureos de Florestania, propiciaram a expansão de políticas do desenvolvimento humano e inclusão social a todos os municípios e localidades. A educação pública funciona no Acre como opção de excelente qualidade, da pré-escola ao Ensino Médio, além do processo de interiorização da Universidade Federal, resultando em oferta de qualidade da Educação em todos os municípios do Acre. Em 1995, não havia sequer nível médio na maioria dos municípios acreanos. Em 2015 existia educação em todos os níveis em todos os municípios.

A vivência na Universidade abriu então mais uma estrada a ser percorrida. Para resolver um antigo problema de fixação de médicos no Acre, foi implantado em 2001, em parceria com a Universidade Federal da Bahia – UFBA, o Curso de Mestrado Interinstitucional (MINTER) em Medicina e Saúde: parceria com a UFAC e o governo do Acre. E ingressaram docentes da Universidade e interessados. Foi então que iniciei a dedicação ao estudo das tecnologias relacionais entre médicos e usuários, no escopo da bioética antropológica.

Embora a criação do curso de medicina na Universidade Federal e a formação de médicos aqui não tenha resolvido o problema da fixação desses profissionais fora dos grandes centros urbanos, o Acre deixou de utilizar rotineiramente os Tratamentos Fora de Domicílio, e passou a ser referência em cuidados da Região Norte. Além da Universidade Federal, com 80 vagas anuais, Rio Branco conta atualmente com um curso de medicina oferecido em uma faculdade privada, com 80 vagas abertas por semestre.

A criação e ampliação de vagas na Residência Médica e a ampliação de postos de trabalho no setor público têm sido importantes para a fixação de médicos no Acre. Porém, a proporção de estudantes de fora do Acre, predominantemente da região sudeste do país, continua elevada entre os estudantes de medicina e muitos deles retornam ao seu local de origem após a conclusão do curso. Esse tem sido um fator dificultador da ampliação do número e fixação de médicos aqui.

3. MINHA IMPLICAÇÃO COM A MEDICINA

*“Quando a sua história tira a minha para dançar
Como bailarina salta e gira sem cansar
Vence a gravidade e fica leve até voar
Vendo a gente toda a gente busca o seu par.
Quando um coração se acalma e volta pro lugar
A esperança sonolenta acorda e vai brincar
Toda a melodia é um farol guia em alto mar
Quando uma canção consola alguém valeu cantar
Quando uma canção consola alguém valeu cantar”
(Oswaldo Montenegro - Nossas Histórias)*

A medicina tem um encanto especial em minha vida, desde o imenso desejo de meus pais de que eu me tornasse médica – frustrado pela minha desistência da medicina e opção pela psicologia. A reaproximação aconteceu na intensa convivência com a realidade médica - já no Acre, por ocasião do Mestrado em Medicina e Saúde, já abordando o tema “relação médico-paciente”. O mestrado também me inseriu na problemática instigante de chegar mais perto dessa construção – Como se constrói um profissional aberto para dialogar com outro ser, utilizando os seus conhecimentos técnicos, mas também permitindo que a relação se estenda para além da descoberta diagnóstica e aponte para a diminuição do sofrimento e para a produção de vida? Como se fabrica um médico cuidador da vida, para além do técnico da clínica médica? Como transformar o “borbulhão” de informações e ofertas aos estudantes? Como confrontar a indústria de fármacos, privilegiando a terapêutica do encontro? Além da clínica profissional, é possível o ensino de solidariedade, sensibilidade, escuta ouvinte? Como se ensina a gostar de gente durante a formação médica?

Esta relação que seja realmente de vinculação à vida do outro é o que busco encontrar nas relações entre pacientes e médicos. Talvez o ‘meu’ elo-perdido entre a medicina, psicologia e docência! Para que “meu coração se acalme e volte pro lugar” – como diz Montenegro (2015), na epígrafe deste capítulo, novamente convido a formação médica a dançar, em sua aprendizagem na lida com o outro.

A paixão pela docência me deslocou para outro campo profissional, longe da linha de estudo da medicina. Mas como pesquisadora, vivendo no tempo e lugar em que as oportunidades de escolha me propiciaram um retorno ao estudo da construção dessa profissão, mediante a disponibilidade de pesquisar sobre a relação entre médico e “paciente”, enquanto usuário da saúde pública, durante o mestrado. Naquela oportunidade, nos encontrávamos no momento de criação do curso de medicina na Universidade Federal do Acre.

Feuerwerker (2014) discute e dá visibilidade à complexidade das escolas médicas e sua organização. Diz ela:

“As escolas médicas / de enfermagem / odontologia / fisioterapia etc. são instituições complexas, fabricadas a partir de múltiplos planos, articulam uma multiplicidade de sujeitos, processos e disputas. Lógicas e interesses e dinâmica de conformação das corporações atuam fortemente na disputa pelos processos de subjetivação de professores e estudantes. Interferem, por exemplo, no ideal de prática, lugar da medicina na produção da saúde, relação com as demais profissões, modos de produzir sucesso, relação com o complexo médico-industrial, entre outros”.

A proposta inicial do curso de medicina da UFAC favoreceria uma inserção potente nessas disputas, duras e massacrantes, permeadas de assédio e humilhação dos calouros e novatos por parte dos veteranos, dedicação ininterrupta e necessidade de “endurecimento”, para “dar conta” do curso?

A pesquisa do mestrado trouxe resultados que não fugiram dos esperados em pesquisas de satisfação mensurada a partir de escalas, marcados pelos limites desse tipo de investigação. Encontrei uma avaliação positiva, como tantas que são realizadas no Brasil. A avaliação, expressa numa escala de zero a dez, teve o resultado geral de 8,2. Sim, os pacientes estavam satisfeitos (com o cuidado recebido) durante sua internação hospitalar. Satisfeitos com a atenção recebida do médico. Porém, suas narrativas já traziam para a cena diversos tensionamentos.

Os critérios avaliativos adotados pelos usuários podem ser analisadores de muitas coisas: suas experiências pregressas, as dificuldades de acesso, o lugar que lhes cabe no encontro com os profissionais de saúde e em particular com os médicos. Em mim, docente na área de Psicologia, usuária do Sistema Único de Saúde,

professora convidada eventual do curso de medicina da UFAC, estudiosa das relações e do cuidado e cidadã, tudo isso aumentou um incômodo latente com a aprendizagem das relações humanas durante a graduação – para além da clínica, qual é o aprendizado que os estudantes acumulam?

Exatamente na época em que cursávamos o mestrado, em parceria da UFAC com a Universidade Federal da Bahia (UFBA), estava vivo o processo de planejamento e criação do curso de medicina, que agora se torna objeto desta pesquisa.

Assim sendo, minha implicação com a medicina e com o Acre sincronizam-se e entrelaçam-se de forma inequívoca. Compartilho da aposta de que o curso de medicina da UFAC seja capaz de dar respostas aos seus motivadores – os principais deles são os usuários! Que sejam eles, médicos florestanos – tornando a combinação “médicos florestanos” emprestando o termo cunhado por MERHY et al. (2014), que sejam médicos in-mundizados de florestania!

4. ENTRADA NO CAMPO - VARADOUROS E EMPATES

Vou por atalhos
 Se faço curva faço nó
 Eu não tenho timão nem direção maior
 Criando a talhos, a golpes de satisfação
 Faço escultura em luz de lampião
 Meu oriente é rente à televisão
 Dos passos que passeiam no Japão
 Menino, a lente é vidro de aumentar visão
 E a mente é de alimento à solidão
 Porque eu não quero ficar aqui
 Enquanto uns dormem
 Quero um balão pra poder subir
 E avise que vou voltar, se não cair...
 Fazendo um talho
 A ponta de faca sem dó
 Entrega ao punho sua direção
 E assim me valho
 De verbo ou de coisa melhor
 E aceito a cicatriz como perdão.
 Deixa eu me explicar sem medo
 Tão mais cedo quanto for
 Assim não é preciso impressionar
 Cale-me com um segredo
 Que eu não possa ver a cor
 Talvez seja mais fácil de acordar
 Se eu não puder viajar
 Me encontre aqui
 Talvez eu vá me esconder em mim

(Los Porongas – Enquanto uns dormem)

A construção dos caminhos desta pesquisa provocou em mim deslocamentos, desde os afastamentos até as aproximações necessárias.

A vivência do campo aconteceu entre diversidades de ofertas e negações de portas, janelas, becos, varadouros³, atalhos, que chegavam a universos múltiplos, que provocavam intensidades e descobertas não programadas. E o campo foi se constituindo, amplo, diverso, como nos advertiram Bertussi et al. (2011), ao situar a complexidade da entrada em campo de uma pesquisa de observação do trabalho vivo em ato.

A proposta inicial era fazer uma pesquisa que servisse como oportunidade de reflexão para docentes e estudantes do curso de medicina. Pensamos em criar espaços coletivos de escuta com docentes e com os estudantes. Aos primeiros perguntaríamos como consideram que acontece a aprendizagem sobre a relação médico-usuário, quais seriam os momentos fundamentais em que essa aprendizagem ocorre, se eles próprios investem nessa produção e como. Os estudantes seriam escutados, coletivamente, exatamente após viverem as experiências indicadas pelos docentes como formadoras da relação médico-usuário. Também conversaríamos com eles sobre as experiências marcantes para eles. Além disso, haveria observação participante dos vários momentos formativos proporcionados pelo curso. E a partir dos recolhimentos, novas conversas coletivas com os professores.

Não foi assim que aconteceu. Os professores preferiram ser ouvidos um a um. Observei as atividades dos estudantes conduzidas pelos professores que toparam participar da pesquisa. Com os estudantes, a conversa foi coletiva. Os

³ Varadouro: 1: Lugar onde se fazem encalhar os navios para limpeza (será que queremos fazer “limpeza” nas escolas? Limpá-las da sua repetição ou da sua diversidade? 2. [Figurado]: Ponto onde várias pessoas conversam e descansam. Desejamos andar, conversar e descansar com todas as pessoas que passam. Ou algumas queremos ver longe. Como é lidar com isso? 3. [Brasil: AM]: Vereda que se abre rapidamente entre dois rios, a fim de evitar acidentes do curso (ou buscamos criar outras comunicações entre os vários planos); 4. [PA]: Canal de comunicação entre um rio e um lago (rios permanecem e alimentam o mar. Lagos são isolados, e abrigam diversidade de vidas e feras); [AM e MT]: caminho aberto na mata. (Será que queremos abrir caminho a facada, picareta, ou queremos fluir como a água?) [AC] A.: Caminho aberto na mata, para facilitar a colheita da seringa e coleta de Castanhas do Brasil. B. Jornal clandestino publicado pela esquerda acreana a partir de 1977, para se contrapor à ditadura militar vigente no Brasil. – Pesquisa ofertada por Kathleen Cruz.

tempos foram os possíveis, em função de greve prolongada, adoecimentos, outros problemas da vida e até golpe na nossa democracia.

O curso, suas apostas e mudança curricular que se avizinha me foram apresentados pelo atual coordenador do curso e as conversas seguiram pelas portas mais abertas. Recorrendo novamente a Bertussi et al (2011), chamar este caminho de trilhos e desvios seria também adequado, diante da diversidade de singularidades, por onde os estudantes vão vivenciando a aprendizagem subjetiva da relação médico-usuário, que supponho poder vincular-se ao seu ideal de médico, às características construídas no seu imaginário familiar e cultural, em que também se alicerça o seu desejo de cursar a medicina.

Essa ‘intersubjetividade’ não poderia se constituir num assunto específico, sem que fosse amalgamada pelo conceito-vivo de AFETO. Lazzarotto e Carvalho (2012) nos colocam que “AFETAR denuncia que algo está acontecendo e que nosso saber é mínimo nesse acontecer. Sinaliza força de expansão da vida e da atividade que podemos viver. A tensão se instala”. Foi nessa tensão instalada que a vivência em aulas, acompanhamento de estágios, que a pesquisa vazou para o construto diário da fabricação da relação medico-usuário nos estudantes da graduação em medicina.

E a “viagem cartográfica” imaginada tornou-se intensa, difícil e com dimensões não planejadas, com a necessidade de desvios por entre outros varadouros da Floresta, como uma pesquisa sobre as parteiras, que acabou me reaproximando das ideias iniciais de pertencimento a este lugar e à Floresta, onde foram fincadas as bases de meu encanto pelo Acre.

A Coordenação do curso abriu as portas para os acontecimentos de coleta de informações, assim como possibilidade de assistir as aulas – de quem concordasse, obviamente.

E foram momentos de participação em Projetos de Extensão, Encontros de Liga, aulas das disciplinas de Bioética, Bases de Saúde da Família, Psicologia Médica; acompanhamentos de atividades práticas nas Unidades Básicas de Saúde, e Hospitais de Clínicas, Maternidade e da Criança.

Participaram deste estudo 15 docentes (docentes efetivos, preceptores de internato e docentes colaboradores) e 50 estudantes, distribuídos em todos os períodos do curso. As participações de todos foram absolutamente voluntárias, livres e a fala, aberta para ouvir tudo o que quisessem falar. Alguns professores precisaram ser estimulados a falar, com a ajuda de um roteiro de perguntas, com respostas pontuais e precisas. Os estudantes se diferenciaram na forma de participação e respostas: do início até a metade do curso, tomaram a fala após a primeira pergunta orientadora e construíram as suas narrativas de forma mais acalorada. Os outros, até o oitavo período, precisaram de algumas retomadas de conversa.

Na entrada, depois dos dados pessoais, Termo de Consentimento, apresentações mútuas, uma provocação em comum, como aquecimento: a solicitação de relato de uma experiência marcante para eles, relacionada à medicina. Depois da entrada na pergunta e no assunto (grande parte dessas experiências traziam relatos de uma situação que envolvia AS RELAÇÕES), o assunto surgia e era trazido para a roda.

As entrevistas com os professores e oficinas com os estudantes foram mediadas por mim, gravadas com o consentimento de todos, e foi recolhido um questionário de dados pessoais e perguntas geradoras (com os alunos). Este estudo não avançou em direção às disciplinas chamadas “duras” do curso, como epidemiologia, fisiologia, anatomia, cirurgia. Além do que, o internato de cirurgia também não foi incluído. Apenas as disciplinas e internatos apontados como vinculados diretamente ao assunto da aprendizagem relacional. É necessário retomar e olhar para essa área, que necessita também da implicação relacional entre médico e usuário, para o seu acontecimento.

Dentre as aulas, participei das disciplinas de Bases de Saúde da Família, Bioética, Biologia Celular e Molecular, Medicina Comunitária e dos Internatos em Pediatria e em Medicina de Família e Comunidade, em função da abertura dos professores responsáveis.

O ambiente da entrevista com os professores foi um lugar reservado em seu ambiente de trabalho, variando entre uma sala de descanso de médicos, sala de aula depois da saída dos alunos, jardim de hospital, residência e consultório particular.

Para os estudantes, além de sala nos locais de prática, acompanhamento a visita domiciliar, acompanhamento de projeto de extensão e reunião de Liga, foi reservada uma sala exclusiva para as oficinas de debate e construção da relação médico-usuário, no Bloco de salas de aula e laboratórios Francisco Mangabeira, na própria Universidade Federal.

Todos os participantes concordaram em participar da pesquisa, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa atendeu à Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Foi submetida e avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre - UFAC, no Parecer CEP/UFAC Nº 1.032.499, de 21/01/2015, e ratificada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP, no Parecer Nº 1.077.173, de 22/05/2015. (ANEXO I – Pareceres Consubstanciados).

E assim se fez o campo, entre atalhos, desenhando as impressões colhidas de docentes, estudantes, e de minha própria observação implicada sobre o acontecimento na Universidade da construção da dimensão relacional do médico com o usuário.

5. A UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE E SEU CURSO DE MEDICINA

*Quero falar de uma coisa
Adivinha onde ela anda
Deve estar dentro do peito
Ou caminha pelo ar
Pode estar aqui do lado
Bem mais perto que pensamos
A folha da juventude
É o nome certo desse amor
Já podaram seus momentos
Desviaram seu destino
Seu sorriso de menino
Quantas vezes se escondeu
Mas renova-se a esperança
Nova aurora a cada dia
E há que se cuidar do broto
Pra que a vida nos dê
Flor, flor e fruto
Coração de estudante
Há que se cuidar da vida
Há que se cuidar do mundo
Tomar conta da amizade
Alegria e muito sonho
Espalhados no caminho
Verdes, planta e sentimento
Folhas, coração
Juventude e fé
(Milton Nascimento - Coração de Estudante)*

A Universidade Federal do Acre nasceu em março de 1964, por meio do Decreto Estadual Nº 174, que determinou a criação do curso de Direito, sendo reconhecido pelo Conselho Federal de Educação e pelo Governo Federal seis anos depois, em setembro de 1974.

A partir de 1968, foram criados, respectivamente, os cursos de Ciências Econômicas, Letras, Pedagogia, Matemática e Estudos Sociais, e em 1970 foi criado o Centro Universitário do Acre, transformado em Fundação Universidade do Acre pela Lei Nº 318, 22 de janeiro de 1971. A Lei Nº 6.025, de 05 de abril de 1964 reconheceu a instituição como Universidade Federal do Acre, sendo regulamentada pelo Decreto Nº 74.706, de 17 de outubro de 1974.

Como campo de estágio para os cursos de Licenciatura, foi criado o Colégio de Aplicação em 1981, vinculado à Universidade.

A atual estrutura da Universidade é organizada em Centros Acadêmicos, sendo a sede, na capital, constituída por:

Centro de Ciências Biológicas e da Natureza (CCBN),
Centro de Ciências Exatas e Tecnológicas (CCET),
Centro de Ciências Jurídicas e Sociais Aplicadas (CCJSA),
Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD),
Centro de Educação, Letras e Artes (CELA) e
Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH).

No *campus* Floresta, localizado na cidade de Cruzeiro do Sul, a Universidade conta com dois Centros:

Centro Multidisciplinar (CMULTI), criado em 2007, e
Centro de Educação e Letras (CEL), 2011.

Atendendo às demandas de chegar às áreas de difícil acesso do nosso estado, a modalidade em Educação a Distância foi institucionalizada desde 2006. A UFAC aderiu ao ENEM em 2010 e utiliza o Exame para a admissão na maioria dos seus cursos, exceto Psicologia e Música, que têm vestibular específico.

O Acre passou de 822 profissionais médicos em 2003, para 2.034 em 2012, atuando em todas as esferas administrativas: pública (Federal, Estadual e Municipal) e privada (com ou sem fins lucrativos) (SEPLAN/AC, 2010). A proporção de médicos por habitantes variou de 0,72/1.000 para 0,82/1.000, de 2003 a 2012 (Acre em números, 2013).

O curso de medicina da Universidade Federal do Acre – UFAC nasceu na condição de formar e fixar de médicos em nosso estado. Sua construção foi pautada em compromissos com a necessidade da população acreana (UFAC, 2001), que ultrapassavam as exigências contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina. São estes alguns dos itens desejáveis particularmente:

- Médicos que tenham a prioridade em viver no Acre,
- Médicos que se adequem às condições da população,
- Médicos que façam do serviço público a sua prioridade,
- Minimizar as despesas com Tratamentos Fora de Domicílio.

Sobre esse processo de formação no curso de medicina, algumas questões me instigam: a questão de COMO OS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DA UFAC APRENDEM O SEU OFÍCIO? Como é construída, neste processo, a aprendizagem para as relações com o outro? Como cuidar está implicado a relacionar-se com o outro?

Mas, além do conhecimento clínico, o conteúdo relacional deve estar inserido no escopo de aprendizagem do curso de medicina da UFAC. MERHY (2002) constrói as caixas de ferramentas, a partir dos seus conceitos de Tecnologias Duras, Leves e Leve duras, que incluo neste trabalho como argumento precioso, no desenho de formação na UFAC. É preciso que o processo de formação dos médicos - principalmente na UFAC, implique uma transformação dos estudantes, ofertando-lhes competências e habilidades para a utilização dessas tecnologias na promoção da saúde e defesa da vida. Com capacidade de utilização de todos os equipamentos à disposição da ciência médica e escolhas das tecnologias adequadas diante de cada caso. Ações construídas a partir de sua própria sensibilidade, no momento do encontro com o outro. O momento do cuidar.

O Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre foi criado pela Resolução Nº CONSU/17, de 29 de novembro de 2001 e autorizado pela Portaria Ministerial Nº MEC/763, de 20 de março de 2002. As principais justificativas para a criação do curso de Medicina no Estado basearam-se no déficit de médicos no Acre, situação que se traduzia numa baixa cobertura dos serviços de saúde, ensejando grande número de tratamentos fora do domicílio (TFD), o que elevava substancialmente o custo da assistência médica prestada à população. Produzir e fixar mais médicos no Acre era então uma aposta importante com o curso.

Atualmente, a UFAC oferece cursos de graduação em todos os municípios do Acre. O curso de medicina já graduou sete turmas de novos médicos, sendo a mais recente em 2016 (alunos que ingressaram em 2010), com 33 formandos. O curso conta com 274 alunos regularmente matriculados e distribuídos nos seis anos de sua duração. Conta com 38 professores médicos, além dos professores de outras formações, que participam do curso contribuindo com disciplinas das demais áreas acadêmicas.

O Projeto Pedagógico do curso de Medicina (UFAC, 2001) inicial justificava a criação do curso de medicina na Universidade Federal do Acre pelos fatores relacionados a seguir:

- “Déficit de médicos no estado, gerando altíssimo custo de deslocamento de pessoas para Tratamento Fora de Domicílio (TFD);
- Serviços de saúde deficientes, pela ausência de profissionais médicos;
- Isolamento geográfico do Acre, dificultando a captação e fixação de médicos;
- Elevado número de acreanos estudando medicina em Cuba e Bolívia;
- Busca de um modelo amazônico de formar profissionais da área de saúde”.

Os campos de prática são normatizados por meio de convênios com as Secretarias de Saúde do Estado e do município de Rio Branco, sendo os seguintes:

ATENÇÃO PRIMÁRIA	HOSPITAIS E CENTROS	ESTÁGIO RURAL
<ul style="list-style-type: none"> •Policlínica do Tucumã •USF Mocinha Magalhães •USF Rui Lino •USF Jardim Primavera •USF Nímio Insfran Martinez •USF Mariano Gonzaga 	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital de Clínicas •Ginecologia •Clínica Médica •Cirurgia •Infectologia •Nefrologia •Hospital do Idoso •Hospital do Câncer •Maternidade Bárbara Heliodora •Hospital da Criança •Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco •Hospital de Saúde Mental do Acre •UPA Segundo Distrito •CAPS adIII 	<ul style="list-style-type: none"> •Município de Plácido de Castro

Adotando uma prática de cursos de graduação em medicina, a UFAC conta com 17 Ligas Acadêmicas, que funcionam como Projetos específicos de cada especialidade, o que também contribui para mais um campo de disputa interna ao curso. As Ligas Acadêmicas são criadas por um professor, geralmente como um

projeto de extensão, e se institucionalizam no ambiente universitário. Constituem-se formalmente e se constituem de um corpo de diretores e membros vinculados. Também lançam editais para participação, numa reprodução da metodologia de admissão na Universidade. Seus conteúdos são específicos dentro de cada especialidade e as discussões das Ligas acontecem com o apoio de docentes e comunidade médica. Na UFAC, existem as seguintes Ligas:

- LACACRE - Liga Acadêmica de Cirurgia do Acre
- Projeto Alfa Rio Branco - Liga de Emergências Médicas e Trauma
- LAPED-AC – Liga Acadêmica de Pediatria do Acre
- LASEM – Liga Acadêmica de Semiologia
- LAINF - Liga Acadêmica de Infectologia e Medicina Tropical
- LAAAD – Liga Acadêmica Acreana de Anestesiologia e Dor
- Liga Acadêmica de Clínica Médica
- LAOP-AC – Liga Acadêmica de Oncologia e Patologia do Acre
- LAADOTT - Liga Acadêmica Acreana de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
- LAGO – Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia
- LIAC-AC – Liga Acadêmica de Cardiologia do Acre
- LAPSMA - Liga Acadêmica de Psiquiatria e Saúde Mental do Acre
- LAORT-AC – Liga Acadêmica de Ortopedia e Traumatologia do Estado do Acre
- LAMED-AC – Liga Acadêmica de Medicina Desportiva do Estado do Acre
- LAADC - Liga Acadêmica Acreana de Dermatologia e Cirurgia Dermatológica
- LAAAF – Liga Acadêmica Acreana de Anatomia e Fisiologia Humanas

Os integrantes das Ligas possuem identificação comum, símbolos e caracterização de material de utilização dos estudantes, como camisetas, adesivos, bolsas, pins – que são ostensivamente utilizados, numa disputa intra-universidade.

A criação do Curso de Medicina contribuiu para a implementação das atividades de pesquisa em saúde, à época, desenvolvidas por docentes dos demais cursos da Universidade, principalmente no que se refere aos agravos de maior prevalência no Estado (referências dos médicos pesquisadores).

O curso de medicina da Universidade Federal do Acre foi criado no ano de 2001, sendo, em pouco tempo, um dos melhores da região norte, já que obteve a maior nota no conceito preliminar de curso no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE, entre as faculdades federais de medicina da região norte.

A grade curricular inicial foi modificada em 2009, sendo atualmente planejada pela coordenação nova reestruturação, para maior aproximação às novas

diretrizes curriculares (2014). O curso, pensado para atender à formação com prioridade para a Atenção Básica, foi se transformando em disciplinas separadas por especialidades. O esforço atual do colegiado é a modificação da grade curricular, para que se transforme em um curso percorrido em ciclos, que se combinam, encontram e avaliam periodicamente.

Visivelmente, a estrutura da Universidade foi modificada, a partir da entrada do curso de medicina e, nos últimos seis anos, recebeu transformação em toda a estrutura física, com a construção de blocos exclusivos para o curso (salas de aula e laboratórios). O que implica maior conforto e adequação. Em minha implicação com a transdisciplinaridade, isso também provocou um certo isolamento na vivência com os outros cursos, inclusive os do mesmo Centro de Ciências da Saúde. O novo Bloco tem entradas e estacionamento privativos, que não “convidam” os estudantes a se “misturarem”. Grande parte dos jovens acaba não se aculturando ao Acre – principalmente por conta da pouca presença de acreanos nas turmas, sobretudo nas primeiras. As turmas mais recentes contam com 3 ou 4 acreanos – das 40 vagas. E isso favorece à “acrianização” dos estudantes visitantes, para que eles queiram se fixar no Acre. Um dos pontos produtores dessa fixação são os casamentos entre os que vêm estudar, e acabam ficando, presos pelo coração.

6. CAIXA DE FERRAMENTAS – O MEU “MATULÃO”:

*“Quando eu vim do sertão, seu moço,
Do meu Bodocó,
A maleta era um saco e o cadeado era um nó!
Só trazia a coragem e a cara,
Viajando num pau-de-arara.
Eu penei, mas aqui cheguei
Trouxe um triângulo
Trouxe um gonguê,
Trouxe um zabumba
Dentro do matulão!
Xote, maracatu e baião,
Tudo isso eu trago no meu matulão”
Luiz Gonzaga – Pau-de-arara*

A formação diversificada e as oportunidades de trabalho em áreas distintas produziram em mim ferramentas tão diversas quanto inusitadas, que afetaram irremediavelmente minha existência, experiência, prática diária e relações com os outros.

As condições de tornar-me pesquisadora recolhendo o material da pesquisa “a quente”, no dia-a-dia vivo da comunidade acadêmica, foram tomando contorno no decorrer do processo, por entre varadouros, atalhos, empates, acolhimentos e recolhimentos também. As identificações dos “a-prioris” foram necessárias para que pudesse pelo menos tomar consciência deles, antes de ser capturada, abrindo possibilidades de descolar o olhar para as novas afecções. Ao menos abertura para novas aprendizagens, novos conceitos e novos olhares. Não fora tal, a constituição de pesquisadora implicada teria menos possibilidades de acontecer.

O esforço da pesquisa foi o de produzir “a vista do ponto”. Para que tenhamos a vista do ponto de vista, como diz MERHY (2014. P. 3), “a entrada de uma distinta vista do ponto, desloca as tensões entre os pontos de vista”. É esta outra vista do ponto da aprendizagem produzida para a relação médico-usuário, durante a graduação em medicina da UFAC, que trago para o centro da conversa.

PRIMEIRAS QUESTÕES

Este estudo tinha a expectativa de se tornar uma viagem cartográfica, de captura e registro do processo de aprendizagem de como se relacionar com o outro durante o encontro do cuidado, na Relação médico-usuário.

Inicialmente, pensava no encontro de Relação Médico-Usuário – utilizado na saúde coletiva, de acordo com o glossário utilizado no Programa HumanizaSus:

“Usuário, cliente, paciente

Cliente⁴ é a palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a ideia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado. Se, nos serviços de saúde, o paciente é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos. Usuário, isto é, aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema”. (BRASIL. 2008, P. 69)

Na UFAC, os estudantes iniciam o curso provocados e estimulados a utilizarem o termo “usuário”. Nos dois anos iniciais, eles passam grande parte de sua vida de formação, inseridos nas Unidades Básicas de Saúde, em práticas das disciplinas de Medicina de Família e Comunidade, que constam com carga horária mais elevada do primeiro ao sétimo semestre do curso. Ao final do curso, a prática de referir-se ao usuário da saúde com esta terminologia resta apenas aos internos que giram no Internato de Medicina de Família e Comunidade – pela própria observação

⁴ Grifo nosso.

deles. Grande parte dos estudantes do internato adotam o termo “paciente”. Dizem ser esta “a terminologia clássica da medicina”.

Mas, neste trabalho, optei por utilizar o termo USUÁRIO, como uma provocação à hegemonia da cultura de formação médica, em uma atitude de reconhecimento do protagonismo necessário dos usuários, mesmo os que demonstram (e precisam demonstrar) paciência, no estabelecimento dessa delicada relação.

Minhas implicações com a oferta pública de Políticas garantidoras de direitos (saúde, educação, segurança, assistência social, habitação) a todos são importantes balizadores aos percursos e observações destacadas neste trabalho. A Constituição Federal (BRASIL, 1988) garante esses Direitos a todos os brasileiros, e, embora atualmente sob forte ataque, é fundamental sua defesa e expansão deles.

O curso de medicina da UFAC tem a medicina de família e comunidade como um eixo longitudinal, que vai do primeiro ao nono semestre (neste último na modalidade de internato rural). As atividades são teórico-práticas – quer dizer que há aulas teóricas e seminários concomitantes com as vivências no território e nas unidades básicas de saúde. Iniciam acompanhando famílias e reconhecendo o território e depois participam das atividades nas unidades – consultas, grupos etc. E são acompanhados nos serviços por preceptores que não são docentes da Universidade, em sua maioria.

Também estão concentradas no começo do curso disciplinas “de humanidades”, tais como antropologia, epistemologia, entre outras. A disciplina de Bioética – um dos lugares que todos indicaram que se deveria falar no assunto relaciona - é oferecida no oitavo semestre.

O restante da grade curricular é tradicional, tendo as disciplinas básicas concentradas nos primeiros dois anos e o ciclo clínico de manejo do usuário e prática das técnicas adquiridas e tão ansiosamente aguardadas (ou nem sempre tão aguardadas, pois os estudantes conseguem furar os muros que os separam da prática), iniciando no terceiro ano com a disciplina de semiologia.

O internato tem dois anos de duração e é desenvolvido em grandes áreas: Medicina de Família e Comunidade, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia,

Pediatria, Clínica Médica, Saúde Coletiva, Geriatria e Gerontologia, Saúde Mental, Medicina Tropical, Urgências e Emergências.

7. ACHADOS E ACHADOS

*Essa nota que não é um dó
Talvez um ré, quem sabe um mi
Toquei um sol e escutei um lá bemol
Não sei bem o que ouvi
Não tinha sentido
Tocar um si e escutar lá sustenido
Pedi: oh, Zé!
Quero afinar aquele ré
Quero afinar aquele fá
Não mexe no som!
Que este piano está afinado
E é muito bom
Nele já tocaram o Francis, o Wagner e o Tom
Se você disser que eu desafino
Saiba, amor, que foi o Zé
Ainda tentei levar o show até o fim
Mais ou menos assim...*

João Donato – É proibido afinar o piano...

A rica experiência de caminhar pelos caminhos da graduação em medicina da Universidade Federal do Acre – com estradas, trilhas, veredas, varadouros, igarapés e também empates⁵, fabricou em mim uma experiência de pesquisadora “ouvinte-olhante” onde somente havia a vontade de potência.

E a escuta-observante se compôs em um campo que eu precisei confrontar minhas próprias limitações e implicações: ao ponto em que o desejo seria construir cartografia, ouvir, observar e visitar todas as ambiências possíveis, os atravessamentos consumiam a ânsia de ampliação e detalhamentos. Tive que

⁵ Empates: Movimentos de enfrentamento pacífico, criados pelos seringueiros do Acre, em defesa da sua terra, quando nos anos 70-80 os grandes produtores de terra tentaram invadir os seringais, para a introdução da agropecuária extensiva e derrubada da Floresta. Muitas mulheres lideravam os movimentos à frente dos seringueiros. Em muitas ocasiões, era cantado o hino Nacional, de mãos dadas para “empatar” o avanço dos jagunços, tratores e motosserras. Chico Mendes foi um dos líderes dos movimentos de Empates na época.

enfrentar e aproveitar todo e cada momento, oportunidade, fala que me foi tão generosamente concedida por quem aderiu à pesquisa, entre professores e estudantes.

O CURSO DE MEDICINA E SUAS “REVIRADAS E VOLTAS”

Na UFAC, o primeiro contato dos estudantes com os usuários das Redes de Saúde acontece na entrada, pelas disciplinas de Bases de Família e Comunidade. Com carga horária de 1.560 horas/aulas distribuídas em disciplinas obrigatórias do primeiro ao sexto período, além do internato – (Figura 3), os estudantes mergulham nas comunidades, acompanhados de docentes e das equipes de Saúde da Família dos territórios. Aí, aprendem a se relacionar com o outro na relação estabelecida dentro da comunidade – acompanhando os Agentes Comunitários de Saúde, participando do dia-a-dia dos Postos de Saúde, vivenciando a Atenção Primária, e experimentando a oportunidade de conviver com o outro, nessa Relação Médico (aprendiz) -usuário.

Figura 2: Grade curricular com disciplinas ofertadas no curso de medicina- da UFAC, 2016.

Grade do Curso**1º período (585 horas)**

Código	Disciplina	Pré-Requisito	Créditos	C/H
CCSD002	Anatomia Humana	-	2-3-0	120
CCBN007	Biologia Celular e Molecular	-	3-1-0	75
CCSD126	Educ. Fís. na Promoção da Saúde	-	0-2-0	60
CCSD045	Bases da Saúde da Família	-	2-1-3	195
CFCH240	Técnica de Pesquisa Bibliográfica	-	1-1-0	45
CCSD046	Téc. de Análise do Trab. Científico	-	1-1-0	45
CFCH241	Sem. de Hum.- Antrop. Filos.	-	3-0-0	45

2º período (555 horas)

Código	Disciplina	Pré-Requisito	Créditos	C/H
CCSD005	Histologia e Histopatologia	CCSD002/CCBN007	2-2-0	90
CCSD007	Fisiologia Médica	CCSD002/CCBN007	2-2-0	90
CCBN031	Bioquímica e Biofísica	CCBN007	6-0-0	90
CCBN149	Embriologia dos Sistemas	CCBN007	3-0-0	45
CCSD048	Medicina Comunitária	CCSD045	3-2-2	195
CFCH242	Sem. de Hum.-Epistemologia	CFCH241	3-0-0	45

3º período (585 horas)

Código	Disciplina	Pré-Requisito	Créditos	C/H
CCSD047	Genética Médica	CCBN007	2-1-0	60
CCSD049	Microbiologia Médica	-	2-1-0	60
CCSD050	Parasitologia Médica	-	2-1-0	60
CCBN032	Bioquímica e Biofís. Experimental	CCBN031	1-1-0	45
CCSD051	Patologia Geral	CCSD005/CCSD007	2-1-0	60
CCSD052	Imunologia Básica	CCBN007/CCBN031	2-0-0	30
CCSD054	Medicina Social	CCSD048	2-2-4	270

4º período (465 horas)

Código	Disciplina	Pré-Requisito	Créditos	C/H
CCSD055	Fisiopatologia Geral	CCSD007/CCSD051	1-1-0	45
CCSD053	Imunologia Clínica	CCSD052	1-1-0	45
CCSD003	Anatomia Patológica	CCSD051/CCSD005	1-3-0	105
CCSD056	Neuroanatomia Humana	CCSD002/CCBN149	2-1-0	60
CCSD057	Saúde Integrada-Família e Amb.	CCSD054	1-2-3	210

5º período (690 horas)

Código	Disciplina	Pré-Requisito	Créditos	C/H
CCSD058	Semiologia	CCSD055/CCSD053/CCSD003	2-10-0	330
CCSD059	Saúde da Família Aplicada	CCSD057	2-2-6	360

6º período (570 horas)

Código	Disciplina	Pré-Requisito	Créditos	C/H
CCSD060	Farmacol. e Fund. De Terap. Clínica	CCBN031/CCSD058	2-2-0	90
CCSD061	Doenças Infecciosas e Parasitária	CCSD058	1-1-1	90
CCSD062	Psicologia Médica	CCSD058	2-1-0	60
CCSD063	Saúde da Família Especial	CCSD059	2-0-6	330

7º período (720 horas)

Código	Disciplina	Pré-Requisito	Créditos	C/H
CCSD064	Clínica e Terapêutica Médica	CCSD058/CCSD061	2-2-2	180
CCSD065	Clínica e Terapêutica Pediátrica	CCSD058/CCSD061	2-2-2	180
CCSD066	Clínica e Ter. Obst. e Ginecológica	CCSD058/CCSD061	2-2-2	180
CCSD067	Clínica e Terapêutica Cirúrgica	CCSD058/CCSD061	2-2-2	180

8º período (525 horas)

Código	Disciplina	Pré-Requisito	Créditos	C/H
CCSD068	Bioética	CCSD064/CCSD065/CCSD066/CCSD067	2-2-0	90
CCSD069	Psiquiatria	CCSD064/CCSD062	2-0-1	75
	Optativa 1	CCSD064/CCSD065/CCSD066/CCSD067	2-2-2	180
	Optativa 2	CCSD064/CCSD065/CCSD066/CCSD067	2-2-2	180

9º período (570 horas)

Código	Disciplina	Pré-Requisito	Créditos	C/H
CCSD075	Estágio Rural	CCSD064/CCSD065/CCSD066/CCSD067	0-0-3	135
CCSD076	Bases da Medicina Legal	CCSD064/CCSD065/CCSD066/CCSD067	1-2-0	75
	Optativa 3	CCSD064/CCSD065/CCSD066/CCSD067	2-2-2	180
	Optativa 4	CCSD064/CCSD065/CCSD066/CCSD067	2-2-2	180

10º período (1110 horas)

Código	Disciplina	Pré-Requisito	Créditos	C/H
CCSD077	Estágio Curricular Medicina I (internato)	CCSD063/CCSD075 CCSD064/CCSD065/CCSD066/CCSD067	2-0-24	1110

11º período (1110 horas)

Código	Disciplina	Pré-Requisito	Créditos	C/H
CCSD078	Estágio Curricular Medicina II (internato)	CCSD063/CCSD075 CCSD064/CCSD065/CCSD066/CCSD067	2-0-24	1110

12º período (1170 horas)

Código	Disciplina	Pré-Requisito	Créditos	C/H
CCSD079	Estágio Curricular Medicina III (internato)	CCSD063/CCSD075 CCSD064/CCSD065/CCSD066/CCSD067	2-0-24	1110
CCSD080	Trabalho de Conclusão	CCSD063/CCSD075 CCSD064/CCSD065/CCSD066/CCSD067	0-2-0	60

Disciplina Optativa

Código	Disciplina	Pré-Requisito	Créditos	C/H
CCSD070	Cirurgia Geral	CCSD064/CCSD065/CCSD066/CCSD067	2-2-2	180
CCSD071	Obstetrícia			180
CCSD072	Imagemologia			180
CCSD073	Estágio opcional			180
CCSD074	Patologia Clínica			180

Observações

Dentro das atividades do Estágio Curricular (internato) deverão ser realizados encontros como atividades obrigatórias de (2) duas horas semanais, para discussão de casos e integração aluno professor.

Equivalência entre créditos e carga-horária:

1 crédito Teórico (T) = 15 horas

1 crédito Prático (P) = 30 horas

1 crédito de Estágio (E) = 45 horas

CARGA HORÁRIA TOTAL DO CURSO = 8.655 HORAS

CARGA HORÁRIA DO INTERNATO = 3330 HORAS

PERCENTUAL DE 38% (INTERNATO/TOTAL)

da Curso

O “marco” do contato oficial com a técnica da clínica médica é, para alguns, a disciplina de semiologia – ofertada no 5º período, onde eles aprendem a “técnica de atendimento ‘mesmo’ ao paciente”. Outros apontam que o lugar para aprender essa técnica das relações seria a disciplina de bioética – disciplina ofertada no 8º período, ou ainda durante o internato, no acompanhamento feito diretamente pelos preceptores.

No internato, o rodízio dos estudantes é realizado em equipes pequenas (trios ou duplas), que são acompanhados por um preceptor. São rodízios em: Atenção Primária – nas Unidades básicas de saúde, Pediatria, ginecologia/obstetrícia, cirurgia, e clínica médica. Cada uma das áreas tem um ou dois coordenadores, que são docentes do curso, além de coordenadores de disciplinas e internato, e trabalhadores da Rede de saúde. Reúnem-se com os preceptores – geralmente no início e final do semestre, e são “responsáveis finais” pelo acompanhamento e avaliação dos estudantes que, na prática, é realizada pelos preceptores.

Nas visitas aos locais de internato, observei diferenças na “operacionalização” das preceptorias, que foram ratificadas nas oficinas com os estudantes. Desde a organização do espaço/tempo, critérios de avaliação, rotinas de acompanhamento, tempo dedicado ao estudante e ao próprio local de trabalho, metodologia de orientação e avaliação dos estudantes – tudo era diferente. Todos os lugares eram diferentes não só pela ambiência física, mas pela interação dos médicos preceptores com a comunidade, a equipe e os estudantes.

Os locais de internato possuem diferenças de ambiência física, estrutura, funcionamento e comunicação. E cada preceptor é responsável por cumprir o programa de internato, e cumpre – de acordo com as suas “convicções”, dando razão às diversidades existentes em nós, e ensinando, em cada modelo, o que puder ser aprendido daquela experiência de relação com o usuário, enquanto sujeito ativo, protagonista, ou paciente, passivo e dependente.

As metodologias de ensino-aprendizagem – apesar dos cursos de preceptoria, diretrizes, metodologias didáticas e acompanhamento, executados pela coordenação do curso, cada preceptor – na hora do seu encontro (bom ou mau) com os estudantes, com as comunidades, com as equipes, tem a sua singularidade operando ali.

A Universidade tem investido na adesão a programas propostos pelas entidades de educação médica em Fóruns de docentes, discentes organizados pela Associação Brasileira de Ensino Médico - ABEM, Ligas e congressos para a discussão específica do tema EDUCAÇÃO MÉDICA. Desde a Constituição até a construção de Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina, recentemente revista, em 2014 – que ensejou a mais recente mudança de Projeto Pedagógico no curso de Medicina da UFAC.

A proposta reformulada e aprovada em reunião do Conselho Universitário (CONSU-UFAC), em outubro de 2016, inicia-se no primeiro semestre de 2017, a partir de quando se dará a substituição progressiva, continuando o currículo anterior até a finalização da última turma ingressada quando da sua vigência.

A ideia é que a grade anterior, mostrada na figura 2, seja substituída por uma nova grade com as disciplinas integradas em eixos que percorrerão todos os períodos do curso.

As propostas revisadas trazem o compromisso e as inovações na UFAC de oferta de disciplinas distribuídas pelo curso, sendo acompanhadas de seminários integradores em cada período cursado.

O agrupamento em eixos transversais e redistribuições de disciplinas e cargas horárias busca um desenho em que o estudante seja preparado integralmente, do início ao fim do curso, para a aprendizagem técnica e ética (Schraiber, 1993).

Figura 3: Desenho esquemático dos eixos componentes do novo Projeto Pedagógico do curso de graduação em medicina da UFAC.

Fonte: UFAC/Coordenação do Curso de Medicina, 2016

Vincula-se a esta proposta, um “esperançoso rearranjo disciplinar” ao acompanhamento e na “tutoria integradora”, que traz a seguinte ementa:

“Integração de conteúdos das disciplinas do semestre ‘X’, a partir do estudo de casos clínicos e situações-problema, com ênfase em situações que envolvam as populações mais vulneráveis, abrangendo a perspectiva étnico-racial, de gênero e de inclusão social, privilegiando o enfoque regional amazônico.”

A tutoria consta em todos os períodos do curso, exceto internato – que já possui o seu acompanhamento intensivo. A coordenação do curso tem tomado todas as

precauções protocolares para promover o projeto pedagógico, com tutorias, “mentoring”, cursos sobre metodologias ativas de aprendizagem e avaliação sistemática dos estudantes, docentes e cursos, inclusive inserindo a autoavaliação e avaliação por pares, visando modificar e mobilizar toda a comunidade a participarem de um curso que ofereça aos médicos formação integral.

A distribuição dos eixos no decorrer do curso proporcionou a nova grade curricular, como uma das possíveis maneiras de trazer ao curso, um projeto de formação mais integrada e menos fracionada. Novamente citando Ball apud Mattos (2015), a implantação ou não desta proposta político-pedagógica e sua sustentabilidade serão mensuradas e avaliadas com o seu tempo de testagem e sedimentação na proposta da Universidade e formação dos estudantes.

Quadro 1: Nova estrutura curricular por semestre do curso de graduação em medicina da UFAC.

1º Período

EIXO	DISCIPLINA
1	Interação Comunitária I Políticas de Saúde
2	Anatomia I Bioquímica Biologia Celular e Molecular
3	Técnicas de Pesquisa Bibliográfica
11	Urgência e Emergência – Primeiros Socorros
INT	Tutoria Integradora
TOTAL: 510h/a	

2º Período

EIXO	DISCIPLINA
1	Interação Comunitária II
2	Anatomia II Histologia Fisiologia I Biofísica
3	Metodologia científica
INT	Tutoria Integradora II
TOTAL: 555 h/a	

3º Período

EIXO	DISCIPLINA
1	Interação Comunitária III Bioética
2	Fisiologia II Embriologia Imunologia
3	Pesquisa científica I
10	Parasitologia Médica
INT	Tutoria Integradora III
TOTAL: 480 h/a	

4º Período

EIXO	DISCIPLINA
1	Interação Comunitária IV Gestão e Vigilância em Saúde
2	Patologia I
3	Pesquisa científica II
4	Semiologia I
10	Microbiologia Médica
INT	Tutoria Integradora IV
	TOTAL: 555 h/a

5º Período

EIXO	DISCIPLINA
1	APS I
2	Patologia II
3	Pesquisa científica III
4	Semiologia II Farmacologia
INT	Tutoria Integradora V
	TOTAL: 540 h/a

6º Período

EIXO	DISCIPLINA
1	APS II
3	Pesquisa científica IV
4	Medicina laboratorial
5	Técnicas operatórias
8	Clínica Médica I
10	Doenças Infecciosas e Parasitárias
INT	Tutoria Integradora VI
	TOTAL: 555 h/a

7º Período

EIXO	DISCIPLINA
3	Pesquisa científica V
5	Cirurgia I
6	Ginecologia
7	Pediatria I
8	Clínica Médica II
9	Saúde Mental
INT	Tutoria Integradora VII
	TOTAL: 585 h/a

8º Período

EIXO	DISCIPLINA
3	Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
4	Imagenologia
5	Cirurgia II
6	Obstetrícia
7	Pediatria II
11	Emergência Clínica-Cirúrgica
INT	Tutoria Integradora VIII
	TOTAL: 585 h/a

Internato**1º Ciclo**

EIXO	DISCIPLINA
1	Internato em Medicina de Família e Comunidade
5	Internato em Cirurgia Geral
6	Internato em Ginecologia e Obstetrícia
7	Internato em Pediatria
8	Internato em Clínica Médica
	TOTAL: 2.100 h/a

2º Ciclo

EIXO	DISCIPLINA
1	Internato Rural em Saúde Coletiva
8	Internato em Geriatria
9	Internato em Saúde Mental
10	Internato em Medicina Tropical
11	Internato em Urgências e Emergências
	TOTAL: 1.200 h/a

Figura 4: Esquema dos eixos com disciplinas, componentes do novo Projeto Pedagógico do curso de graduação em medicina da UFAC

OS PROFESSORES DO CURSO:

A equipe de docentes do curso de medicina da UFAC é diversificada, composta mediante diversas modalidades de participação nos vários campos de aprendizagem teórica e prática do curso. Grande parte dos docentes também migrou para o Acre, vindos de outros estados e até países.

São pessoas de formações multidisciplinares, ocupando as funções de docentes efetivos, substitutos, colaboradores, preceptores pró-internato (bolsistas do programa pró-internato, do Ministério da Saúde), Residentes (R1, R2 e R3) – que também acompanham e orientam os internos, dos 2 últimos anos do curso.

Participaram deste trabalho docentes efetivos, substitutos e colaboradores e preceptores. São pessoas fundamentais e ativas no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes, contribuindo ativamente para a sua formação, inclusive no momento de estágio.

Como traz Feuerwerker (2014) em sua tese de livre-docência, revisitando sua tese de doutorado:

“O corpo docente é heterogêneo: há professores que se dedicam principalmente à prática docente, há os que se dedicam principalmente à pesquisa, há os que se dedicam principalmente à prática clínica. Há professores tempo integral e parcial, com diferentes inserções no mercado de trabalho (desde empresários até plantonistas.” (FEUERWERKER, 2014. p. 126)

Os docentes foram convidados a participar no momento em que os estudantes eram convidados, na mesma motivação, e com possibilidades de ser feita entrevista coletiva ou individual. Todos os que manifestaram interesse foram contatados. Porém, a intensidade de trabalho acumulado em decorrência da greve de 2015 dificultou bastante o encontro com grande parte dos que concordaram em participar, no início, além dos que já haviam encerrado a carga teórica, e encontravam-se em campo de prática, que não foi possível a comunicação. E a adesão diminuiu, assim como a possibilidade de encontro coletivo.

Manifestado o interesse em participar da pesquisa, docentes que não puderam responder pessoalmente solicitaram a possibilidade de responder aos questionamentos via e-mail. Foram enviadas perguntas referentes ao assunto foco desta pesquisa, e eles devolveram com suas opiniões, contribuindo assim com as conclusões deste estudo.

O interesse dos encontros era obter dados sobre as opiniões, mas também a reflexão deles sobre o quanto de Relação Médico-Usuário eles avaliam que o curso oferta para a aprendizagem dos estudantes. Como eles contribuem (ou não) para isso, onde é e como é que eles pensam que os estudantes são agraciados com essa aprendizagem.

Os encontros com os docentes foram marcados por emoção, grande parte causada pela pergunta inicial, que funcionou como um dispositivo de deslocamento. E a tensão inicial se dissipava, quando eles voltavam nos tempos, para vislumbrar o que os marcara na trajetória profissional. Também alguns docentes demonstraram que a temática da construção da relação médico-usuário os afeta, a partir de suas práticas e de seus movimentos, no sentido de praticar a mudança na formação e profissão

Tomando como referência Spinoza, todos os encontros foram BONS ENCONTROS, pois invariavelmente os docentes que toparam a aposta desta pesquisa avaliaram que fez bem eles falarem sobre isso, que a pesquisa trouxe para eles uma reflexão que não tinham feito especificamente sobre a temática e a implicação deles nessa construção. Foram afetados pela temática – em diferentes medidas de intensidade, mas foram. Teve interferência do assunto em suas rotinas, pelo menos momentaneamente.

Dados da Universidade elencam docentes, com diferentes formações, titulações, regimes de contratação e lotação, além dos preceptores – bolsistas do programa Pró-internato - Programa em apoio ao Internato Médico realizado em Universidades Federais, priorizando as universidades que não possuem hospital universitário, como a UFAC. (ANEXO VII), conforme disposto na figura abaixo:

Figura 1: Docentes ativos no Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre – 2016 – vinculados à UFAC, como docentes.

A logística dos encontros com os docentes foi viabilizada e arranjada conforme a disponibilidade deles, e tiveram lugar nas Unidades de saúde, na Universidade, nas residências e consultórios. Os casos das unidades de saúde, foram também atravessados por orientações a estudantes, visitas aos usuários internados, o que ampliou a oportunidade para anotações e observações – sobre a relação professor-estudante, e a própria referência e relação com o usuário, em ato.

E OS ESTUDANTES...

O processo de ingresso na Universidade Federal do Acre acontece pelo Sistema de Seleção Unificado – SISU, desde 2012. Os ingressos anteriores aconteciam pelo concurso Vestibular, que acontecia em todo o Brasil. A UFAC é a única universidade do estado do Acre e tem caráter público. Já formou 10 turmas de médicos, desde o início do curso.

Na recente existência do curso de medicina na UFAC, aconteceram fatos importantes para a história do curso e do próprio estado: o primeiro deles foi a própria criação e implantação do curso, necessário, esperado, após a expectativa para minimizar as necessidades constantes de Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Houve um investimento na estrutura das Redes locais de Saúde, na contratação e capacitação de pessoas, em um esforço coordenado de apoio político-institucional.

A participação da Universidade Federal da Bahia (UFBA) na assessoria para a reestruturação das Redes de Saúde e capacitação de pessoas, mediante inclusive a implantação de um Mestrado Interinstitucional (MINTER), celebrado entre UFBA/UFAC/Governo do Estado, para viabilizar a implantação do Curso de Medicina na UFAC. De acordo com o professor Dr. José Tavares Neto – da UFBA, que coordenou o MINTER e a equipe de elaboração do curso de medicina do Acre, foi realizado um trabalho de base com importantes investimentos, para que a fundação do Curso tivesse sustentação nas redes locais como campo de prática e estágio.

Também foi registrado na primeira turma, um processo por fraude no vestibular, tendo sido afastados 21 alunos do curso por participação na irregularidade. Além disso, estudantes das primeiras turmas fizeram protestos – apoiados por alguns docentes e parte da comunidade médica local, reivindicando que a formatação do curso fosse semelhante ao modelo hegemônico do Brasil, com a ampliação de laboratórios tecnológicos, objetivando um curso de medicina baseado no tecnicismo e no modelo hospitalocêntrico. A queixa principal seria a diferenciação do curso local, que iniciava o percurso de aprendizagem inserindo os aprendizes nas comunidades, por meio da Atenção Primária em Saúde. As disputas começaram junto com o curso.

Estudantes fizeram um movimento com denúncias de que o curso de medicina da UFAC, de acordo com eles, “não formava médicos, mas Agentes de Saúde com nível superior”. Outra queixa recorrente era a de que suas referências na comunidade seriam os Agentes Comunitários de Saúde para entrada nas famílias e acompanhamento. Uma clara demonstração de que ali havia uma disputa de concepções e de expectativas diante de um curso de medicina. Os estudantes – maioria de outros estados em todas as entradas no curso até o presente, chegavam imaginando um curso como os outros de diversas Universidades do Brasil.

Foram realizadas Audiências Públicas e envolvidos a Assembleia Legislativa Estadual e órgãos ligados à atividade médica para discutirem o modelo que a UFAC deveria manter em seu curso de medicina.

As diretrizes curriculares e as Resoluções da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação indicam que a formação tenha uma base generalista, com importante dedicação à Atenção Primária, o que fundamentou a decisão em manter o currículo com base humanista e formação diferenciada, com foco na Atenção Primária.

Esta grade curricular inicial já sofreu duas modificações, sendo a mais recente, aprovada em 2016 pelo Conselho Superior da UFAC, depois de ampla discussão entre a comunidade acadêmica, incluindo docentes, técnicos e estudantes de todos os períodos do curso de medicina da UFAC.

Os estudantes do curso de medicina da UFAC são oriundos das diversas regiões brasileiras, desde o primeiro concurso. A turma recordista teve 8 acreanos

interessantes no curso. E os professores verificam essa problemática, que é de todo o país. Talvez este seja o motivo dos estudantes rapidamente aderirem à cultura existente nos cursos de medicina do Sudeste do país, como ficou claro em suas falas e procedimentos.

A composição dos estudantes com matrícula ativa em 2016 no curso está disposta na Figura 3 abaixo, com informações do Núcleo de Registro e Controle Acadêmico da Universidade Federal do Acre – NURCA/UFAC.

Figura 5: Estudantes ativos no Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre – 2016

Fonte: Universidade Federal do Acre: NURCA

A diversidade é uma das peculiaridades que o Sistema de Seleção para os cursos universitários proporciona para estudante e professores. São pessoas vindas de lugares diferentes, com culturas, conhecimentos, costumes e crenças diversas, integradas pelo curso. A participação na pesquisa se constituiu de acompanhamento dos mesmos nos ambientes de internato e na própria Universidade, considerando também o acompanhamento em campo de suas visitas à comunidade, antes do internato.

O estímulo à participação na pesquisa ocorreu por meio de visitas a todos os períodos, e agendamento, conforme acordado com a turma, tomando como contato os seus representantes. De acordo com a agenda de atividades deles, as oficinas foram estabelecidas em horários disponíveis (áreas verdes), com a adesão de quase

todos os períodos. A turma do 4º período solicitou diversos reagendamentos, mas acabou comunicando que não poderia participar.

As oficinas com os estudantes constituíram momento importante desta pesquisa. Eles expressaram em várias oportunidades que desejavam participar, pois “era uma esperança de que sua impressão e vivências no curso fossem “ouvidas” por alguém”. Também foi uma forma de conseguir ouvir pessoas de todos os períodos do curso.

Os estudantes avaliaram, após cada oficina, e manifestaram opinião livre sobre a sua validade e metodologia, assim como eram solicitadas sugestões de abordagem. A liberdade para a participação foi um importante fator de mobilização entre eles. Opinaram também que as oficinas foram surpreendentes, para que conhecessem melhor um ao outro, sobre essa matéria, que é “oficialmente” pouco discutida no decorrer da graduação.

Figura 6: Estudantes participantes da Pesquisa – 2016

A entrada no campo com os estudantes aconteceu nos acompanhamentos das aulas teóricas e práticas, na disciplina de Bases Saúde da Família. Pude acompanhar as reações, discussões e visitas que os estudantes faziam à comunidade.

Foi importante acompanhar as aulas teóricas e as expressões dos estudantes, que apareceram em relatos nas oficinas, confirmando as observações das aulas. Por vezes chegavam sonolentos, devido à carga de estudos da noite, dedicados a uma disciplina “mais importante” – na fala deles. Por isso não tinha dado tempo de ler o texto da disciplina. O “mais importante” deles seria mensurado pela

cobrança do docente e vinculação do assunto ao “ciclo clínico” do curso. Se eles não estudassem muito, não teriam oportunidade de acompanhar. Geralmente, os estudantes relataram maior dedicação às disciplinas vinculadas ao núcleo “duro” (clínico) da formação médica, ou àquelas em que os docentes têm uma postura mais rígida, onde o professor é mais exigente “e carrasco”

A expressão de menos importância aparecia pouco, quando se tratava das visitas à comunidade. A ida ao campo, segundo eles, lhes dava “motivação, cuidado, alegria e responsabilidade” no trato com as famílias que acompanhavam. Uma oportunidade de aprender como fazer (ou como não fazer)!

PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

É preciso provocar espanto, admiração, motivação! O papel do professor no processo de ensino-aprendizagem tem sido construído ao longo do processo de produção e compartilhamento de conhecimento, numa delicada relação de interação e incentivo, observação cuidadosa, avaliação e modelo a ser seguido.

“Eu acabo admirando bastante o preceptor da Medicina de Família, por essa conduta que ele tem, eu acho que isso acaba me inspirando também de querer ser, de ter essas atitudes que ele tem. Por exemplo todas as casas que eu passo, eu nunca vi um paciente que dissesse que foi mal atendido por ele, todo mundo fala: ‘fui super bem atendido, gosto muito do doutor, vocês cuidem dele, olhem pra ele, sejam como ele... a comunidade se sente bem com o trabalho dele.’ Acho que isso é o mais importante. Você faz o seu trabalho e vai além.”

Também o docente é avaliado pelos estudantes, comentado. Os estudantes falam, como tratam Rios e Schraiber (2010), sobre as atitudes e posturas tomadas pelos docentes, de acordo com modelos de atitudes, práticas pedagógicas e interatividade. Segundo o estudo, importa antes a interatividade, nesta delicada relação; ela não é considerada a partir da filosofia pedagógica praticada, mas da subjetividade e intersubjetividade. Também o estabelecimento de vínculos entre

professor e estudante favorece o ambiente de acolhimento e confiança, estimulando o estudante a praticar e aprender o exercício dos conhecimentos.

Nas entrevistas e acompanhamentos dos estudantes, o que sobressaiu foi o modelo “a não ser seguido”, embora tenha sido reconhecido o acolhimento, competência e conhecimento possuído pelos mestres.

Pelos relatos e posturas assumidas pelos estudantes, nas oficinas o que ressalta é uma relação pobre em afeto, embora haja um esforço para a capacitação em práticas docentes e modelos pedagógicos considerados metodologias ativas, como o PBL (Problem Based Learning), MBE (Medicina Baseada em Evidências).

A despeito da busca por metodologias pedagógicas que favoreçam o processo de ensino-aprendizagem, há – em minha busca de compreender um espectro pedagógico que favoreça a aprendizagem da prática da Relação com o outro - um vácuo de sentidos.

Quando se fala de um ensino-aprendizagem na Universidade, tendemos a recorrer a métodos, conteúdo, recursos, avaliação, e isso acaba remetendo a uma aprendizagem do tangível, da clínica, do comportamento, da atitude. Para Spinoza, o conhecimento pela afetividade é possível por meio da curiosidade. E o curioso aprendiz “não é tanto aquele empenhado na busca do conhecimento racional, senão aquele que busca distrair-se pela contemplação de coisas novas, inéditas, inauditas” (Sévérac, 2009. P.21).

8. RECOLHIMENTOS

*Vem, vamos viver juntos e velozes
Vem, vamos rodar no salão do mundo
Nossa vida vai dizer o que mais importa
Hoje é dia de dizer que o amor convém*

*Vem, vamos correr todas as apostas
Nós vamos dançar, o salão do mundo é nosso
Tanta vida vai nascer desses nossos passos
Hoje o tempo vai correr por amor, meu bem
Deixa tudo acontecer como um filme*

*E só vai saber pra que serve o tempo
Quem se preocupar quando houver saudade
Às vezes dói, como dói querer não sentir vontade
Hoje a gente vai viver nossa eternidade*

*Nossa vida vai dizer o que mais importa
Todo mundo vai saber que o amor convém
Deixa tudo acontecer
Nosso filme...*

LOS PORONGAS – A DOIS

E ficaram marcantes dentre tantos assuntos ditos e não-ditos, especialmente falas que trago a partilhar, tentando organizar em tópicos que constituem, em minha percepção, os pilares que fabricam a aprendizagem da Relação Médico-Usuário no curso de medicina da UFAC. Caminhos que, transformados em notas musicais, formam um coro, executado na maioria dos cursos de graduação médica do Brasil, embora em diferentes ritmos.

- A aprendizagem da ética versus comportamento na graduação em medicina da UFAC;
- Relação médico usuário e empatia – que é o lugar da pessoa no curso;
- Hierarquia, Tradição, Hegemonia biomédica, Fragmentação;
- Aprendizagem pelo exemplo.

Esses assuntos ficaram marcados no que a pesquisa produziu em mim. O que marcou como caminhos da Relação médico-usuário, na rota da aprendizagem. O que docentes e estudantes trazem, em suas narrativas, do processo de tornarem-se (ou

não) cuidadores, estabelecendo uma relação com o outro-usuário, que saia do lugar de paciente-passivo, para ocupar o lugar de pessoa cuidada – algo que ultrapasse a técnica clínica.

A APRENDIZAGEM DA ÉTICA VERSUS COMPORTAMENTO NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFAC

Embora os professores tenham revelado uma preocupação com o assunto relação médico-usuário, parecem confundir, em suas falas, a tecnologia relacional com a preocupação em explicar procedimentos que fazem parte da clínica médica e comportamento pessoal.

“Boa parte dos colegas – não digo todos, mas boa parte vem trabalhando essa temática com os alunos, da forma de abordagem do paciente, a recepção do paciente, como lidar com ele, o respeito. Mais especificamente na parte de ética, é abordado o respeito, a ética, como lidar com o paciente, como evitar processos...”

“Devem criar o hábito de pedir licença antes de examinar! Também vou citando situações que possam levar a problemas na questão ética, a questão do erro médico. ”

Esclarecer dúvidas, tratar com urbanidade o paciente e evitar processos jurídicos, por falta de “comunicação”, fazem parte de um outro aspecto na formação, contidos no perfil do médico e seu preparo para a ética corporativa, ou de qualquer outro profissional. Os relatos acima retratam a preocupação dos professores quanto à educação de convivência, esperada em todas as pessoas, independente da formação. O mesmo é corroborado pelos outros colegas, que trazem as seguintes colocações:

“Olha! Recebe-se o paciente na porta, se cumprimenta, se identifica, diz que faz parte da equipe do dr. Fulano de Tal – mesmo que os pacientes saibam que ali é um lugar-escola, e saibam que serão atendidos por alunos, a gente reforça que explique. ”

“Dentro da parte teórica, já tento orientar os alunos de como eles devem se portar na hora de fazer a anamnese. Na hora que vão coletar

as informações. Também oriento que eles criem o hábito de ler as receitas para os pacientes, que muitas vezes não entendem”!

Não parece muito óbvio e acordado o sentido da relação médico-usuário para uma parcela importante dos mestres ouvidos ou ainda, parece-lhes claro que a relação médico-usuário a que se referem é a relação aceita e recomendada pelo código de ética médica, valendo-se da educação, gentileza na comunicação e fornecimento de informação ao paciente (mesmo que o usuário pouco compreenda o que aquela informação significa na prática). Alguns trazem dados quantitativos de queixas sobre processos levantados contra médicos – o que não deixa de ser uma preocupação importante a ser considerada e ensinada aos jovens aprendizes. Mas, relação médico-usuário não está resumida a estes pontos quantificáveis. Perpassa e vai além!

O que trago para a roda enquanto relação médico-usuário é a relação ampliada, para além da convivência. É perceberem o outro e praticarem o cuidado integral, independente do lugar em que escolham fazer sua vida profissional. Fica clara na fala de um professor, quando esboça a sua opinião sobre o perfil de médico que ele acredita que a UFAC está produzindo:

“Mesmo que os meninos virem especialistas na mão direita, eles vão olhar o paciente todo. Eles saem médicos. Isso nos dá muito orgulho.”

Esta fala se coloca como a aposta de grande parte dos docentes que aderiram à pesquisa. Porém, o lugar onde acontece essa construção é bem marcado por docentes e estudantes, no item a seguir, que também cabe destacar.

RELAÇÃO MÉDICO USUÁRIO E EMPATIA – ONDE É O LUGAR DA PESSOA NO CURSO

- ✓ APRENDIZAGEM PELO EXEMPLO:

Quase comum os docentes afirmarem que a aprendizagem da relação médico-usuário é feita com a prática, no ato. Mas, nas observações de campo, não foi incomum a contradição da narrativa, praticada e observada em ato.

Trago um fragmento transcrito do diário de campo, em que um docente, que havia acabado de repetir que o exemplo é a melhor forma de ensinar sobre relação médico-usuário e que esse olhar deve privilegiar a integralidade do cuidado à pessoa, considerando o protagonismo do “paciente”. Eis o fragmento:

“Médico⁶ - Bom dia, como está se sentindo?

Usuário - Bem...

Médico - Já caminhou hoje?

(Sem resposta verbal, apenas um sorriso encabulado)

Médico - Já lhe falei que quero que você caminhe! Tem que levantar e andar, senão não vai sair daqui logo. (O tom da voz e o olhar empregados não pareceram nada acolhedores. Na verdade, pareceu-me algo de ameaçador...)⁷

Usuário – É porque dói muito... (Outro sorriso encabulado)

Médico – Você ri, mas tem que caminhar! As dores só vão diminuindo com o tempo. Quero que caminhe, entendeu? A partir de hoje à tarde, CAMINHADA. Sem moleza, viu?

Usuário – Sim senhor.... (mais um sorriso, que desta vez achei com uma expressão maior de constrangimento, e também respondi com um sorriso, combinando com o dele, que mudou, para uma certa cumplicidade, de acordo com minha percepção e anotações).

Médico (virando-se para mim, afastando-se do leito) – Tá vendo? A gente acompanha, prescreve, e ele não faz, e quer ficar bom!...

(Olhei pela última vez para o paciente, e sorrimos de verdade, pela desobediência dele, e selamos a cumplicidade num piscar de olhos).”

⁶ Para evitar a identificação, adoto neste trabalho o termo generalizado “médico” em referência a todas as transcrições de falas dos docentes.

O fragmento de observação acima remete a uma suposta “naturalidade” com que rapidamente o discurso é contradito pela prática! Diálogo (quase monólogo) curto, objetivo, ordenador, importando-se menos em ouvir o que o outro tem a dizer e mais com suas orientações. O mito do médico que resolve, trata, cura, prescreve e tem que ser obedecido vaza e ultrapassa a proposta de que a aprendizagem também se dá pelo exemplo, na observação da prática. E, os mesmos defensores de uma ideia podem vir a ser os mantenedores deste mito da relação hierarquizada construída pelo poder médico – capturada em flagrante naturalidade do ato em si!

A lógica de interações também é corrida: é necessária a melhora, alta e desocupação do leito também. O cuidado hospitalar é pontual, focado na doença, para girar o sistema (e para evitar infecções também) – e o médico “é enquadrado” nisso. Mas este trabalho não trata disso! No diálogo, não houve tempo sequer para a “escuta de verdade” do usuário... E o profissional segue, praticando e ensinando pelo exemplo ao estudante: <ou se adapta, ou inova e se contrapõe à lógica esquartejadora do cuidado>. E “ensina” aos residentes, que ensinam aos internos, que ensinam aos estudantes a “lógica” da relação médico-usuário capturada pelo modelo biomédico, que vai muito além da relação desigual entre considerar o usuário “paciente-passivo”.

Como traz Tesser (2009), os médicos estão perdendo a sua identidade de “cuidadores e curadores”, passando a técnicos obcecados por diagnósticos a partir das tecnologias investigativas e terapêuticas institucionalizadas na biomedicina”. E a formação é a locomotiva impulsionadora e motivadora do modelo biomédico fragmentador, que perde o contato com a produção de vida, para se resumir ao tratamento da doença, ou pior ainda, dos resultados dos exames.

Um contraponto a esse modelo é um fragmento de observação, também capturado no campo. Só que numa Unidade de Saúde da Família:

“Médico: Vamos ver como minha amiga está se sentindo?”

Usuária: Estou me sentindo bem. Mas você sabe que meu filho está com problema de desemprego. E eu quase não durmo de tanta preocupação...

Médico: Ele ainda não arrumou trabalho, dona Zenaide⁸? Já faz uns 4 meses que ele procura, não é? E ele é um carpinteiro de mão cheia, como a senhora falou, né mesmo??

Usuária: (exibindo um sorriso farto, e falando pra vizinha dela) – olha que esse doutor lembra mesmo de tudo que eu falei pra ele! Assim é que é bom – já é de casa! É isso mesmo! Carpinteiro. Mas tem uma promessa de trabalhar numa carpintaria do polo moveleiro que ele tá indo fazer uma semana.

Médico: Eu sei que isso te deixa preocupada, mas logo ele vai encontrar... está procurando firme, e é capaz de dar certo esse trabalho!... Mas me diga como é que você está fazendo pra dormir, apesar de todos os problemas...?

E seguiu a consulta.... escutando toda a história que dona Zenaide resolveu contar!!

É claro que a ambiência e a lógica do trabalho na comunidade e no hospital são incomparáveis. A proximidade e as possibilidades de mobilização, interação, compreensão, conhecimento integral e VÍNCULO aos usuários acontecem mais facilmente na atenção primária e na especialidade de Medicina de Família e Comunidades, em oposição a todas as limitações oferecidas pelos hospitais e centros de especialidades.

Mas nem o médico generalista é “dono” das tecnologias relacionais, nem o médico especialista é “excluído” delas. O complemento também é válido: o domínio das tecnologias para o exercício da medicina deve ser comum a todos. Mesmo que a opção do curso escrita no Projeto inicial seja com forte presença da Atenção Primária, o curso da Universidade forma MÉDICOS. Não saem de lá especialistas, mas generalistas, que precisam ser preparados para o cuidado. E um dos fatores que interferem no cuidado é a Relação Médico-Usuário – implicando desde a facilitação

⁸ Nome fictício.

do conhecimento do usuário, até a sua adesão (de preferência participação) na escolha do tratamento. Essas colocações e diferenças apontadas em várias falas de docentes e estudantes, trouxeram abertura para um novo destaque nesta tese:

✓ O LUGAR DE ENSINAR-APRENDER A SE RELACIONAR COM O USUÁRIO

Houve também alguns encontros que renderam visitas domiciliares e hospitalares, participação em “estudos de caso”, aulas, programas de mobilização comunitária etc. Esses encontros ativaram a pesquisadora implicada com o tema relacional, provocando momentos de descoberta e aprendizagem. Nestas oportunidades, ficava a convicção de que nestes encontros acontecem as transformações relacionais nos estudantes. Principalmente nos trabalhos e nos locais, em que o foco não é o livro, nem a projeção de slides, nem o leito hospitalar, mas a vida e o outro. Neste exemplo, trago a fala de uma usuária, que participava alegremente de um projeto de encontro com a comunidade, em que os estudantes e idosos trocavam ideias, numa roda de talentos.

“Quando eu vejo esse homem chegando na minha casa, parece que o meu dia muda. E é assim na rua toda. Ele traz assim... uma esperança no meu coração. Ele pergunta tudo. Até o que tem pra comer. É interessado em tudo da vida de todo mundo do bairro. Interessado mesmo. Tem médico que não se importa. Vai na casa, mas parece que é obrigação. Esse aí é diferente. A gente tem ele como uma pessoa da nossa família. Não tem quem não goste dele. E tá ensinando do mesmo jeito aos meninos. Quando eles chegam, já vem aquela alegria. Isso é bom, né?!”

Uma segunda observação a ser destacada na fala dos mestres é “o lugar e o tempo”, onde eles verbalizam considerarem adequados para o ensino-aprendizagem da relação médico-usuário.

A disciplina de semiologia, é muitas vezes reconhecida como O LUGAR em que “acontece o primeiro contato com o paciente!” Mas esse contato com o usuário, na disciplina de semiologia, é exatamente o contato que o pensamento tecnicista elege como primeiro. Na realidade do curso da UFAC, os estudantes já iniciam o curso em contato com o usuário. A lembrança dos professores, sobre a disciplina de semiologia

como o primeiro contato, remonta a sua experiência de formação, quando, efetivamente, antes da semiologia, os estudantes eram mantidos dentro das salas de aula.

Embora seja observada, por exemplo, a obrigatoriedade de um estudo de caso semanal, com 2h de encontro entre o preceptor e os estudantes, esse encontro é realizado de forma particular, conforme o local e preceptor.

Essa diferença de postura dos preceptores foi relatada fortemente pelos estudantes, em suas oficinas, assim como foi observada durante o campo dessa pesquisa. Foram acompanhados em observação – conforme o convite dos coordenadores e agendamento com os preceptores, os internatos de Bases de Saúde da Família e Comunidade, Pediatria e Clínica médica.

Docente: “Relação médico-usuário, eles veem muito na Medicina de Família e Comunidade, na Semiologia e na ética médica. Diretamente dentro da disciplina. O resto tem que ser consertado⁹ no internato.”

Docente: “O espaço da atenção primária do primeiro ao quarto período é um espaço relacional. Principalmente no primeiro ano, é um espaço de relação. Depois é que começa a ter um pouco mais de técnica desenvolvida.”

Perguntas a destacar:

1. Relação Médico Usuário só existe na Atenção Primária?
2. A “técnica” é desconexa ao espaço relacional?

Como assim?

⁹ Grifo nosso. Em todas as transcrições de falas.

A fragmentação encontrada – mesmo quando os docentes afirmam que não há projetos em disputa, aparece fortemente nessas duas falas de diferentes docentes, que retratam uma prática, como se o conteúdo relacional fosse “parte” da APS, e a técnica médica não necessitasse dessa tecnologia relacional para “se fazer”! E, muitas das falas, trazem a dicotomia “Atenção Primária” versus “Cirurgia”, como pontos dicotômicos, quando o assunto é Relação médico-usuário, principalmente estudantes da primeira metade do curso:

“Esse formato aqui da faculdade de levar a gente logo muito cedo pra viver e conviver tão próximo das pessoas, isso ajuda muito é a desenvolver esse tipo de sentimento de sensibilidade e se importar com o outro.”

“Eu acho que na própria universidade a gente tem esse atendimento voltado a pessoa muito focado no atendimento básico. então acho que a gente se foca achando que o tratamento da pessoa é no atendimento básico.”

“- Por exemplo, qual é a disciplina que trata nossa relação médico-paciente? Saúde da família, medicina básica, só¹⁰ de atendimento básico à saúde.”

E assim, consolida-se a “tradição¹¹” de que o objetivo de quem ingressa numa faculdade de medicina é tornar-se especialista, mesmo num curso onde a proposta EXPLÍCITA é voltada para a formação generalista (como todos os cursos de graduação em medicina, conforme as Diretrizes Curriculares)

Estudante: “A pessoa acaba que tendo, esse contato inicial que tem na atenção primaria só pra eu conseguir passar de estágio e chegar no ciclo clínico, ganhando notas e aprovação..., realmente eu acho que a pessoa acaba não adquirindo realmente esse ganho todo que ela tinha que ganhar em atitude.”

Estudante: “- Eu tenho certeza que na parte de cirurgia quando a gente chegar, a gente não vai ter a relação médico-paciente, a gente tá vendo muito na medicina da família, na medicina básica, e é como isso

¹⁰ Grifo nosso.

¹¹ Palavra amplamente utilizada por estudantes, sobre a formação médica baseada no método discipulatório hierarquizado.

fosse de lá, ali e não se expande nas outras áreas da medicina. Por que essa é a única disciplina que a gente realmente trata sobre isso.”

Esta fala traz o “mito” de que só na Atenção Primária é que é preciso se preocupar com a Relação médico-usuário – o estudante em questão estava no ciclo inicial do curso, mas sua previsão é referendada por muitos dos colegas do internato, quando afirmam:

“... chegou na residência de cirurgia, começa a ver aquela movimentação, como que funciona a cirurgia e acaba meio que se deixando levar pela onda de: ‘Ah! Todo mundo é assim, vou ser assim também, acaba se acostumando...”

Todos os docentes entrevistados concordaram que é necessária a aprendizagem da prática relacional para o exercício da medicina. Mas alguns – há docentes militantes em defesa da vida, que apontam a centralidade do usuário na saúde, e destacam a relação médico-usuário como ponto central de uma atenção voltada para o cuidado, exemplificando a ESCUTA como PARTE CENTRAL na relação entre médico e usuários, como a fala a seguir:

Médico: “Se o médico não tem capacidade de ouvir ou não entende que a escuta é central para o estabelecimento de uma relação de qualidade, então as outras etapas da prática médica ficam prejudicadas. Iniciando pelo desenvolvimento dessa capacidade é possível que o médico tenha mais êxito no cuidado com seus pacientes.”

A observação também me levou a salas de aulas tradicionais, com cadeiras enfileiradas, docentes expondo o conteúdo da disciplina, e estudantes empenhados, aprendendo exatamente o que o mestre ensinava nas formas verbais e não-verbais. Nestas salas, segundo os estudantes, é “onde habita o terror que os imobiliza”. Um terror fantasiado de TRADIÇÃO da escola médica, que é baseado no modelo biomédico hegemônico, desde a transformação da escola médica promovida pelo modelo flexneriano fragmentado, reconhecido como um modelo de escola mítica e verdadeira “escola médica”, que oferta aos estudantes a melhor forma de obter conhecimento na técnica médica. Onde resta a prática e aprendizagem das relações?

Captei docentes vibrantes (e não), motivados (e não), felizes (e não) por darem aula no curso de medicina, didáticos (e não), compreensivos (e não) com os estudantes, maleáveis (e não). O curso conta com alguns docentes egressos da própria graduação em medicina. Eles falam de uma alegre disponibilidade em contribuir para seu curso melhorar (expressão deles), e afirmam seu orgulho pela oportunidade de ocuparem a cadeira que aprenderam a admirar, na graduação.

Porém, os relatos dos estudantes sobre o percurso formativo do curso apontam situações de humilhação, constrangimento, pressão e terror, a que são submetidos durante os 6 anos de curso:

“- A gente pensa assim: o paciente chegou, aí você fica lá. Aí você pensa assim: falo com ele ou não falo? Se eu for, eu vou criar um vínculo, e se você fizer aquilo, de criar vínculo ali, você vai levar alguma bronca.”

“- E você fica pensando: vou ou não vou? Será que o médico vai gostar?”

“- Não deveria ter hierarquia isso. Isso tá longe de acabar...”

- A gente tem muito é professor CARRASCO.

“O que mais nós temos! Professor carrasco! Isso aí também incentiva a gente a ser carrasco! Estamos aprendendo isso muito forte! - Eu vejo mais como um exemplo a não ser seguido. Ele dá uma aula ruim, dá uma aula muito ruim. Parece que ele não tem preparo para ser professor. E dá uma prova com um tema extremamente difícil e um tempo curto pra você estudar. Dá uma prova com perguntas subjetivas, você vai discutir com ele e ele disse que você está errado, porque ele quer daquele jeito, você não colocou uma vírgula aqui.”

“Muitas vezes ele tem uma carga excessiva de aula, conteúdos excessivos, passamos por situações de Humilhação mesmo dentro dos campos de prática. Falam muito de humanização. Mas essa é humanização não é feita com o próprio estudante. A gente passa por muita humilhação, e os colegas mais adiantados também falam esses relatos. “

“- Realmente na prática o preceptor também deveria ter humanização com a gente. Acho que em todo o ambiente não só na sala de aula que a gente fala de fazer uma aula humanizada. Aula tem que ser pra todos não só para o profissional de saúde, que já sabe o que fazer. ”

“O pessoal acha que calouro tem que ajoelhar pro veterano, que tem que pedir bênção, que se o calouro não fizer isso, vai ser condenado a pagar ajudas materiais, ou vai ser perseguido aqui dentro com bullying.”

“- Quem faz a recepção (ou trote) é a turma que entrou imediatamente antes. E, as turmas antes da gente caíram de pau, e vieram cobrar da gente, porque a gente não seguiu "A TRADIÇÃO".

“- Aí, tem essas coisas. O veterano que humilha calouro. Depois se torna interno, que humilha iniciante, depois, vira residente - que humilha interno, e depois vira médico, que humilha residente, e que fica nessa idiotice, pro resto da vida.”

A figura do docente que, por meio do método hierarquizado, discipulatório, tradicional, reproduz a forma como passou pela Universidade, ocupa grande parte das narrativas dos estudantes, que vivenciam com sentimento de “violência”, que deixam ecoar em suas narrativas.

FIGURA 4: Esquematização do ciclo “discipulatório” no modelo de aprendizagem hierarquizado – tradicional, conforme narrado por estudantes do curso de Medicina da UFAC.

Estudante: “No centro cirúrgico, o professor falou assim no meu ouvido baixinho: “Cara você não sabe isso? Não me decepcione”. Eu queria morrer. Me esconder, tremer, chorar. E ele olhando pra mim, com um sorriso meio sarcástico, como se esperasse alguma reação. Tive que me superar. Respondi tremendo.”

A obediência e compreensão do método “da pressão” fica patente também nas observações de campo. Em uma aula, o professor (que tinha distribuído o texto para reflexão e discussão em sala há uma semana), dá início à reflexão, solicitando o comentário dos estudantes, que permanecem calados, entreolhando-se. Não leram o texto recomendado, por estarem estudando exaustivamente disciplinas de docentes, segundo eles, carrascos.

“Fui a primeira vez no PS, acostumado com a Atenção Primária, mas fui lá com meu amigo. Uma mulher chegou com o osso da perna exposto. Uma perna quebrada em um atropelamento de bicicleta. Chegou e foi encaminhada para a ortopedia. Eu cheguei a marcar no relógio. Ela passou mais de meia hora sentada e ninguém olhou pra cara dela. Ninguém perguntou o nome dela. Ela ficou parada sem os familiares pra falarem com ela, esperando o atendimento que vem de fora. Eu fiquei meio assim: ‘poxa! Ninguém vai explicar nada pra ela? Sobre o que vai acontecer com ela?’ – Ninguém vai. Isso eu achei meio complicado. Na Atenção Básica, a gente tem o foco no paciente, mas quando chega nos mais complexos, não é o paciente que importa. É o quadro em que ele se encontra. Eu podia ter feito algo, mas não fiz. Fiquei com vergonha de parecer fraco. Falei com meu amigo que estava perto, e ele me mandou ficar calado, porque não pegava bem ficar sentindo a dor do paciente.”

O relato do estudante sobre sua primeira visita ao PS, acompanhando um amigo veterano, acena para um sentido de indignação contida, surpresa, limitação da sua própria vontade de agir e paralisia por uma hierarquia rígida, que despotencializa, afasta, distancia as relações entre pessoas no curso de medicina da UFAC.

De acordo com os relatos que seguem, a empatia, importante constituinte da compreensão do outro enquanto pessoa, é perdida durante a graduação:

“Isso é uma lei que funciona, e a gente segue aquilo! E, esse modelo da medicina, o pessoal segue, sem saber o porquê! Hoje nós somos internos, amanhã vamos ser residentes! E eu vejo que talvez a gente vire esses residentes de hoje, a gente vai “meter o pau em quem chegar”! E assim, continua! A gente vai virar médico também, e os alunos que vão chegar, a gente vai fazer a mesma coisa!”

Em resposta ao comentário anterior:

“Mas é por isso que existe a reflexão né? E, as pessoas que têm a capacidade de reflexão, de perceber o errado, e não querer fazer, é que vão causar a mudança né?! Porque se a gente percebe que está errado, mas se quando tá lá a gente repete aquilo, nunca vai mudar! Então, a gente está criticando o quê? Você nunca vai mudar, e se a

gente também não participa pra que isso mude! Entendeu? Então eu acho que também falta isso, no aluno de medicina.

A luta contra hegemônica se faz com reflexão, com ilhas de resistência e com coragem para contradizer o que está posto. Os relatos dos estudantes são lúcidos em reflexão, mas carecem de força de enfrentamento, força de grupalidade, que os ajude na luta contra cultura, tradição, expectativas familiares e até deles próprios.

Nas entrevistas, os professores demonstraram um importante compromisso com o curso, ainda recente. A responsabilidade de cada um na construção e no enfrentamento de problemas iniciais, que parecem ter sido reconhecidas pelos estudantes nas homenagens e devolutivas que eles dedicaram aos professores.

“A melhor forma de ensinar relação médico-paciente é o exemplo concreto que o docente/preceptor transmite nas práticas na assistência direta aos pacientes. ”

“Precisamos aprimorar o ‘como’, porque envolve questões éticas e morais que o estudante traz da base familiar. ”

“Verifico uma estratificação muito ampla no que diz respeito à incorporação de certos valores básicos da atividade médica, entre eles a maturação desta dimensão que chamamos de ‘relação médico-usuário’.”

Há um descompasso ou desencontro ou descombinado entre os docentes quanto à forma de ensinar, quando e como ensinar a relação médico-usuário. “Uma ampla estratificação da incorporação de certos valores básicos da atividade médica, inclusive da dimensão que chamamos de ‘relação médico-usuário’”, abre o espectro que a dimensão relacional entre médico e usuário pode significar. Diante da sua não-dita ou mal-dita, ou seja: não definida, mal definida, não conceituada, senão no protocolo relacional amplamente repetido nas aulas – a relação medico-usuário pode significar qualquer coisa dentro do espectro relacional, sem que isso revele muito, pouco ou, às vezes, nenhum afeto, nenhuma “alma”, nenhum reconhecimento do outro como interlocutor válido, que devesse estar incluído nas decisões que interferem no governo de sua vida.

Um pressuposto comum entre docentes e estudantes, de que o processo de aprendizagem da relação médico-usuário ocorre a partir prioritariamente da observação e repetição avaliada pelo mestre. Alguns manifestaram importante aposta na mudança curricular e no apoio de desenvolvimento de habilidades pedagógicas nos docentes – incentivada pelas Diretrizes Curriculares e Lei dos Mais Médicos. A proposta é que as disciplinas sejam organizadas em 11 eixos temáticos, que ‘conversem’ entre si, acompanhada de metodologias pedagógicas ativas.

✓ DISPUTAS DE PROJETO POLÍTICO-SOCIAL:

“Nós saímos em dez anos de uma prática formativa basicamente centrada nas práticas curativas, e inicia uma nova centralidade. Os estudantes começando o curso dentro da comunidade – isso é um deslocamento de uma prática, centrada no hospital, no médico e curativa, e começa a compreender que o médico tem uma função e uma atuação essenciais nas práticas preventivas de promoção e nisso que a gente chama de atenção primária.”

Na UFAC, como dizia Feuerwerker (2014), a escola se relaciona e sofre influência dos múltiplos setores de saúde, assim como do SUS, e é constituída por corpo docente heterogêneo: há os docentes em regime de Dedicção Exclusiva, os que se dedicam principalmente à pesquisa, os que são professores em tempo parcial, os empresários, os plantonistas e os servidores de outros centros de ensino e redes de saúde. Esta escola, como as outras, é máquina de produção do que Feuerwerker chama de “subjetividades sujeitadas”.

Há de um lado, uma aposta de que a transformação curricular possa aproximar os estudantes da atenção primária, das subjetividades, da sensibilidade e do afeto, há a determinação de um grupo de professores em preparar o estudante para o exercício da autonomia, a descoberta precoce do vínculo aos usuários e à comunidade.

Mas existe uma corrente hegemônica – e isso ficou claro no acompanhamento das atividades e nas oficinas com os estudantes. Existe uma multiplicidade de capturas e disputas internas de linhas, correntes, e de especialidades. E, se os docentes acreditam que a modificação curricular pode minimizar estas disputas, precisam estabelecer estratégias para tanto, pois a mudança pedagógica não dá conta dessa transformação. Mas, o que claramente existe é uma construção de proteção já plena de vazamentos – seja pela pouca variação curricular nas disciplinas,

seja pela criação de Ligas acadêmicas direcionadas às especificidades e interesses das diversas especialidades, e pela convivência na Universidade.

“Ouvimos vozes que dizem: - não queremos ser maiores do que somos. Queremos continuar a ser exclusivos num determinado nicho da prática de saúde, que é o diagnóstico e tratamento das doenças.”

“Ainda se ouve hoje pelo senso comum, principalmente na categoria médica, que a atenção primária é um lugar monótono, chato, que repete coisas muito simples etc. Muito pelo contrário. É uma clínica absolutamente vibrante, diversificada. É o contrário dessa perspectiva. Se a gente for imaginar as outras clínicas, elas dão conta de temas específicos, ou condições específicas.”

Do pondo de vista do preparo para as relações com o outro, os estudantes da UFAC perdem a porosidade para os encontros, saindo da UFAC de forma semelhante aos estudantes de medicina de outras regiões do país, ou aos professores que também foram capturados pelo modelo biomédico: empobrecidos na dureza das relações impostas por um curso que não tem conseguido vencer as correntes hegemônicas na aposta pela vida. E o tecnicismo ainda permanece encontrando linhas de captura para retirar a subjetividade do encontro.

Giram em torno do curso, diferentes concepções de mundo, de papel social do médico, de sistema político e opção de intervenção nas pessoas e no mundo, de ponto de vista, de concepção da docência e da Saúde.

“A atenção especializada é insuficiente, e acaba recebendo questões que poderiam ter se resolvido na atenção primária, onde precisa-se também de um profissional dotado de características pessoais, de competências específicas, para lidar com a atenção primária. Não reconhecer isso, é deixar de reconhecer a importância, a necessidade e a diferença que a atenção primária faz quando ela é bem feita.”

“Vai o professor, médico, preceptor, superespecialista que vai dizer: - Deixa isso pra lá! Siga a sua vida! Você tem que fazer coisas que a maioria não faz, e ascender nessa tal pirâmide, que já estamos colocando abaixo! Você tem que montar seu consultório, e vender seu serviço! Ser bem remunerado! – Não que todos o façam, mas é fazendo o contraponto. Todos nós concordamos, mas a boa remuneração não pode advir da exploração. O médico precisa entender que tem uma responsabilidade grande, E ele, enquanto categoria, tem a força de mudar essa realidade”.

“A maioria dos nossos alunos é elite. E as pessoas fazem medicina porque tem a ver com status, poder, empregabilidade, estabilidade e enriquecimento também. Tem muito a ver também em ser considerado

importante pra sociedade. Não no sentido de ser alguém que pratique o cuidado. Mas de ter status. Quando as pessoas entram na medicina com esse referencial biomédico estrito, no sentido de que para eles, a medicina é: hospital, doenças, tratar doenças – de preferência, raras, diagnóstico...Dr. House é o ídolo deles. Porque faz o diagnóstico. Trata mal todo mundo, mas acerta o diagnóstico. É um fetiche! Dar o diagnóstico é mais importante do que praticar o cuidado.”

“Tem disputas sim, na medida em que um colega faz comentários com os estudantes, acerca da especialidade médica X, Y ou Z, de forma não construtiva. A lógica do mercado na formação influencia mais do que a filosofia do Projeto Político Pedagógico do curso”.

Outros professores não revelam perceber, ou negam a existência de disputa na concepção da formação do médico para a relação médico-usuário, diferente da que oferece o cuidado integral ao usuário:

“Olha, eu não consigo visualizar isso não! Talvez se você puder ver com outros colegas...”

“Hoje não. Mas no começo tinha disputa. Começou aquela coisa de dizerem que a gente estava formando novos agentes comunitários de saúde, porque os meninos estavam na comunidade. Mas hoje, isso acabou. O pessoal já entendeu, já observaram que os meninos taparam a boca deles. Estão passando em residências do Brasil inteiro. O concurso que teve aqui, eles passaram na frente até do pessoal já daqui! Então, ninguém tem mais o que falar dos alunos da UFAC”!

“A maioria dos professores está interessada em formar somente técnicos. O caráter influencia no seguinte: “eu sei que está errado, mas faço mesmo assim. Cola na prova, nomes em trabalhos que não fiz, compra de TCC” – são atitudes antiéticas e de falta de caráter. Neste caso, será que a gente pode construir valor ético em uma pessoa que já traz valores familiares muito fortes?”

“Acredito que não tem disputas. E, quando isso ocorrer, estará sinalizando uma evolução qualitativa, tanto no amadurecimento quanto no enraizamento da comunidade acadêmica com o curso de medicina. A meu ver, o curso tem evoluído de forma claudicante e um tanto órfão de seus pilares históricos.”

“A gente vai criar moldes e envidraçar o afeto? Como é possível fazer isso? Envidraçar a pessoa...”

✓ MÉDICOS EGRESSOS DA UFAC, NA OPINIÃO DOS DOCENTES

Mesmo com esse cenário de disputa de projeto biomédico versus usuário-centrado, os professores entrevistados concordam que os egressos do curso aliam a aprendizagem da técnica e o desenvolvimento de habilidades que permitem e propiciam, por exemplo, o vínculo com os usuários.

As apostas dos docentes implicam na defesa e implantação de um currículo alicerçado na teoria/prática, fortemente voltada à atenção primária, e com aproximação com a comunidade desde o início do curso. Mas, como relatam (e fica explícito nas modificações acordadas para o novo currículo), as disputas de projeto e concepção do papel do médico na relação médico-usuário são fortemente percebidas e praticadas no decorrer do curso. Além do que, a particularidade com que cada assunto é promovido por seus mediadores implicados, relativiza a pretensão de acompanhamento e avaliação alicerçados numa pretensa neutralidade.

Assim como com os professores, os estudantes trouxeram assuntos diversificados na pergunta-deslocamento sobre um fato marcante relacionado à temática relação médico-usuário. Desde a vinculação aos usuários nos períodos iniciais a experiências – na maioria frustrante de ocupar a posição de usuário dos serviços.

A experiência de terem passado (ou alguém próximo a eles) por algum tratamento de saúde foi marcante em seus relatos. Na maioria das vezes, a experiência foi descrita por eles como negativa ou traumática. O medo do desconhecido, e a noção do “conhecido”, na condição de usuários dos serviços de saúde, também impacta e provoca reflexões acerca da Relação médico-usuário.

“Eu tive uma experiência como paciente que foi uma das piores experiências da minha vida. O médico não falava comigo direito. Ele era cubano ou peruano - eu acho. Ele não me compreendia. Me consultou sem olhar pra mim me diagnosticou sem tocar em mim.”

“Eu fui levar minha sobrinha no hospital, com o seu nenenzinho que estava teoricamente com braço quebrado, o médico nem olhou pra mim direito é Mandou passar direto pra fazer o raio-x. Nem olhou, nem perguntou nada pra mãe. Depois voltou olhou o raio-x, mandou pro rapaz colocar o gesso. A mãe detestou falou que ele foi grosseiro, não foi acolhedor. Mas ninguém falou nada na hora pro médico. As pessoas não têm coragem de enfrentar. Nem eu tive!”

“Eu fiquei internado e não entendia porque o médico que foi me operar ele não foi conversar comigo.”

“Você tá no outro lugar tá no lugar do outro. E você fica ali deitado, internado... esperando uma visita do médico ou da médica, que não chegam!! Você tá ali, você quer saber se vai embora, se não vai? Aí você vê que a atenção é ‘muito mínima mesmo’! Mesmo estando em lugar privado!”

“Aqui é uma situação que a gente espera como paciente. Que o médico seja humanista, no mínimo. Que ele consiga lidar com paciente de uma forma Clara falar com paciente como igual.”

Encontrar-se ‘do outro lado’ provoca vontade também de que o médico apresente comunicação empática, sentimento, afeto. E as experiências traumáticas aparecem quando eles refletem sobre o assunto. Mas como essas experiências não são recolhidas nem trabalhadas, é possível que o desconforto se dissipe. E quando o barco da graduação se aproximar do ancoradouro de chegada, como marcam algumas narrativas, fala mais alto o pragmatismo e a necessidade de seguir os exemplos (dos bem-sucedidos, dos que são maioria) recolhidos ao longo da formação.

DISPUTAS DE PROJETO/CONCEPÇÃO

E a relação entre médico e usuário é um forte aliado no exercício da profissão. De acordo com eles, a aprendizagem é significativa tanto quanto eles vivenciam e presenciam as realidades das famílias, comunidades, hospitais, postos de saúde e salas de aula.

Embora sejam formalizadas na Universidade, como forma organizativa dos estudantes buscarem alternativas para reforçarem a aprendizagem teórica e prática, suas participações em grupos de estudos específicos e Ligas Acadêmicas expõe, de forma mais ostensiva, as disputas de modelos de ensino-aprendizagem e também de relação médico-paciente.

A disputa entre as diferentes concepções de pessoa, relação humana, formação, profissionalismo, sistema de saúde, modelo de médico, ideal do percurso formativo, ideal do papel do médico, motivações para o exercício da profissão. Alguns relatos trazem impressões como se o ciclo básico fosse uma fase de encantos e não

de realidade... Numa disputa desde cedo entre pretensos opostos, que se tornarão colegas, cuidadores de vida:

Estudante: "...mas assim em relação ao psicológico... a gente sente sede de técnica, a gente sente falta de ter técnica... então quando a gente sai do 4º período que é da saúde comunitária, e entra no 5º período que é o ciclo clínico, a gente pensa, nossa que legal, agora vou ver a medicina de verdade."

Estudante, em resposta à narrativa anterior: "- Essa medicina na verdade é muito preconceito, médico de posto de saúde ... é comunista - Medicina comunista é apelido da disciplina por exemplo - a gente escuta isso na área de saúde. Minha mãe mesmo não quer que eu seja médico de posto."

Estudante: A cirurgia foi um marco pra relação médico-paciente, a gente começou a aprender um pouco das técnicas como abordar, como examina, que tipo de pergunta você tem que fazer ou deixar de fazer. A medicina da família não aprende nada, medicina foi que tirou o espaço que aprender a parte básica, a base teórica. Fisiologia, fisiopatologia...

A Relação médico-usuário passa a ser confundida como técnica de abordagem, o que passa a impressão de que eles passaram já refratários pelo ciclo básico, ou foram rapidamente capturados no transcorrer do curso pelo projeto hegemônico.

RELAÇÃO MÉDICO-USUÁRIO

A observação do campo e a franca exposição nas oficinas, sobre a construção da relação médico-usuário durante o curso de medicina da UFAC, expôs as sutilezas, dotadas de "força-fraca" da intensidade dos encontros durante a graduação. Esses encontros-acontecimentos assumem irremediavelmente a construção da relação médico-usuário, que não é mensurável, pois vem a ser um devir.

Para Fuganti (2012), "Devir é visitar e ser visitado por intensidades que brotam e se fabricam nos limiares ou nas zonas de passagem. " E, complementa, "devir é sempre por sedução, por potência estética, por gosto. " E os estudantes seguem assim, seguindo modelos que encantam, seduzem, apaixonam. E escolhem (mesmo quando não percebem), sua atitude construída de médico-capturado do simbolismo da imagem de bom médico.

A análise superficial da formação na UFAC aponta para certas disciplinas-ninho das relações interpessoais. Seriam as disciplinas vinculadas à Atenção Primária, Bioética, Psicologia Médica, e Semiologia. Mas o acompanhamento do curso traz a relação médico-usuário para uma aprendizagem constante, pela observação, acompanhamento, convivência e imitação.

A heterogeneidade vivenciada pelos estudantes provoca, incita e exige reflexões e amadurecimento sobre onde eles são afetados nessa construção da relação que ele terá, enquanto médico, com o outro – usuário.

“Acho que a relação médico-paciente influencia totalmente. Aqui não acho que a gente aprende a ser um médico um pouco mais humanizado. Não tanto quanto eu gostaria. Mas a gente tem no primeiro semestre, esse contato com o paciente. A gente experimenta chegar na casa das pessoas e compreender como é que elas vivem, como é que elas falam, e como é que elas entendem o que elas precisam mesmo. E a gente só entende quando a gente faz esse exercício. Eu nunca pensei que fosse assim.”

“É que as vezes você fala assim: Ah! O médico de família, só por que ele é médico de família ele tem boa relação médico-paciente? Não. O cirurgião as vezes tem mais que um médico de família.”

“- Mas isso parte do ensino, por que a gente só tem o ensino médico-paciente em medicina comunitária. Eu não vejo nenhuma outra disciplina que fale sobre isso.”

Outra armadilha é a dicotomia entre “ser bonzinho” e “ser competente”, grosseiramente associada quando se faz a defesa da relação médico-usuário integral. E não se trata de um fator excluir outro. Mas está no imaginário de alguns estudantes, como se processa tal afirmativa:

- Olham pra você "como uma pessoa "boazinha"! Quer ser "bonzinho..." Quer se preocupar. Ou talvez ele não saiba da técnica, e está querendo compensar, agradando à família"! São esses tipos de pensamento, entendeu? E ninguém quer ser avaliado assim. E a gente tem que deixar de ser "bonzinho", pra ser médico. Senão a gente tá 'o fora'.

Uma das apostas do curso em relação à formação diferenciada do curso da UFAC é a precoce inserção nas comunidades, na convivência e acompanhamento de famílias atendidas pela Rede de Atenção Primária. A iniciação precoce propicia ao estudante de medicina maior oportunidade de entender e vivenciar a verdadeira condição das famílias, na maioria das vezes pertencentes a uma classe social diferente da sua.

Nos relatos dos estudantes e no próprio acompanhamento de campo, foram observados importantes vínculos criados entre os estudantes e as famílias acompanhadas por eles nas práticas de Saúde da Família e Comunidade. Embora uma parte deles confesse ter pouca atenção a esse período na Universidade, outros tantos relatos – em todos os períodos - relembram a vinculação aos usuários, ocorrida nessas práticas, como balizadora de sua noção sobre a realidade social e manifestam uma transformação na própria motivação de se vincular.

“Precisa mesmo ter empatia, você se colocar no lugar do outro e às vezes pensar também que ele poderia ser sua mãe e seu pai. Uma pessoa que você gosta.”

“Aqui a gente toma logo um banho de mergulhar na comunidade que é uma coisa bem diferente. E isso é muito bom porque a gente se acostuma mal. Pra ver como é que é a realidade das pessoas que muitas vezes é diferente da realidade de onde a gente veio.”

“Quando o seu preceptor está lá te ensinando ele também tem que transmitir essa humanização. Pelo jeito que ele trata o paciente dele, pelo jeito que ele te mostra como fazer o atendimento, e pelo jeito que ele te trata também. E não tem isso, entendeu?”

Eu acho que a técnica você pode até aprender, umas perguntas, palavras-chave, direcionar, e tal... Mas a empatia, eu acho que não se aprende na graduação não. Pelo contrário. Eu acho que na graduação, as pessoas perdem um pouco a empatia.

Curioso que não reconheçam o papel decisivo que as disciplinas básicas cumprem na construção desse conceito de usuário/corpo (com ou sem órgãos) portador de algum sofrimento/desequilíbrio que caberá ao médico identificar e aliviar ou curar.

Para a próxima reformulação curricular, o centro da aposta está na adoção de metodologias ativas de aprendizagem, considerando que elas podem tornar mais significativas as experiências dos estudantes.

A disputa ético-política que marca violentamente o curso (na palavra dos estudantes) não é tomada como objeto de trabalho mesmo no novo cenário das diretrizes curriculares de 2014.

As conversas com os estudantes foram intensas. Sempre coletivas, animadas, muitas vezes marcadas por divergências.

A pergunta sobre uma experiência marcante deu margem a trazerem todo tipo de questão, sem necessariamente focarem na relação médico-usuário. A pesquisa criou um espaço de debate que muitos deles reconheceram como interessante, necessário e raro no curso que vivenciam.

Suas opiniões variam dentro de cada grupo, mas muito fortemente com a época que estão vivendo no curso. Relação médico-usuário em suas palavras é algo mais amplo do que a conversa necessária para estabelecer diagnóstico e tratamento.

Foi muito frequente trazerem suas próprias experiências como usuários para interrogar e problematizar as práticas médicas aprendidas.

Também identificam a medicina de família e a semiologia como dois momentos marcantes na aprendizagem da relação médico-usuário, embora em sentidos opostos.

Nos dois primeiros semestres estão encantados com a oportunidade de construir relações mais profundas com os usuários, de modo geral conhecendo um mundo totalmente diferente do que conheciam e reconhecendo necessidades de vínculo e de escuta que lhes pareceram também novidade. Entregam-se com intensidade a esse trabalho, embora apontem a heterogeneidade do suporte que recebem dos professores/preceptores. Não fica clara a existência de espaços para discutirem as experiências vividas.

Nos semestres seguintes, particularmente em um dos grupos, há um cansaço com as atividades da medicina família, consideradas por muitos como repetitivas e excessivas, disputando seu precioso tempo com disciplinas tipicamente médicas, que seriam mais importantes para sua formação. Alguns foram bem agressivos em suas referências à “medicina comunista” seguida da “medicina socialista” que se sucederiam na grade curricular. A heterogeneidade entre os preceptores da medicina de família e a incoerência entre discurso (nas aulas) e prática (nos serviços) é um

incômodo importante. E a falta de clareza acerca dos propósitos das atividades de campo também as desvaloriza perante aos estudantes.

No final do curso, a situação se inverte, pois agora lamentam não terem aproveitado melhor essas atividades e as disciplinas de humanidades, já que identificam seu potencial para ajudar a resolverem vários dilemas com que se enfrentam na prática.

Reconhecem que o exemplo de alguns professores é profundamente marcante em sua formação. Lamentam que não haja discussões de bioética e sobre os dilemas da relação médico-usuário ao longo de suas experiências práticas. E apontam também vários atos de constrangimento público em relação aos médicos que se ocupam em construir com cuidado essa relação (como se fosse um subterfúgio para encobrir uma fragilidade técnica).

Muitos valorizam o fato de terem tido a oportunidade de aprender a se relacionar com respeito, afeto e cuidado com os usuários. Consideram uma marca da formação na UFAC. O que lhes dá força e coerência para sustentarem essa postura mesmo em meio de práticas bem mais descuidadas e desrespeitosas – dão muitos exemplos. Alguns temem, no entanto, que acabem “se enquadrando” e aí fazem referência às oportunidades perdidas.

A Florestania e as especificidades culturais do Acre não aparecem nos discursos nem de professores, nem de estudantes, todos eles majoritariamente oriundos de outras regiões do país. Parece que se perde aí uma boa oportunidade de produzir fissuras no pensamento hegemônico da área. Ou talvez oportunidades de revisitar os objetivos do Projeto inicial de criação do curso, em seus pressupostos, a aculturação e fixação no Acre.

9. ACONTECÊNCIAS

“Os médicos, entre todos os profissionais de saúde, são os mais ativos participantes dos diferentes planos de configuração da atenção à saúde no Brasil.” (Feuerwerker, 2014. p. 123) – porque participam intensamente do público, do privado, da atenção e da gestão nos diferentes tipos de serviços e em alguns desses espaços têm atuação dominante.

A constatação acima retrata os múltiplos planos de produção da atenção à saúde, citadas no trabalho de Feuerwerker (2014). E, quando trazemos à tona a formação na graduação médica, tomamos como cenário os diferentes modos de atenção à saúde, imbricados nos diferentes compromissos que os diferentes operadores dos planos de saúde têm para com a produção da saúde. Os diferentes planos de configuração da atenção à saúde relatados no trabalho de Feuerwerker tratam dos prestadores de serviço no SUS e Saúde suplementar, e o compromisso que cada diferente tipo de plano possui com a atenção à saúde.

Os diferentes operadores da saúde recebem como trabalhadores, profissionais que necessitam prestar um serviço assentado em duas bases distintas simultaneamente: técnica e ética. (SCHRAIBER, 1993. P. 150). São faces de uma mesma moeda, a técnica tem um caráter mais objetivo, situado na esfera das ciências naturais e saberes afins. A ética seria a parte responsável pela vinculação, porque implica na cena de um homem sobre outro homem, numa relação invasiva, “ainda que permitida.”.

Para Schraiber (1993), a base ética contempla o aspecto relacional do médico, pois é aí que o médico fará as intervenções sobre o usuário, e intervirá sobre as suas privacidades e paixões. E, essa relação interpessoal pode comprometer a relação médico-usuário, pois implica em “respeito, afeto, dedicação, sensibilidade, fraternidade e tantas outras substâncias da esfera pessoal.”

Durante o curso de graduação em medicina, o profissional deve ser fabricado nas duas qualificações – técnica e ética. Sendo objeto deste estudo a fabricação do

médico enquanto ser relacional, para além da técnica, no curso de medicina da UFAC, numa região que carece fixar profissionais de saúde e onde predomina uma realidade social, cultural e epidemiológica diversa dos grandes centros.

Além disso, o estado do Acre, situado no meio da Amazônia, é um lugar de extrema necessidade de médicos. Em minha convicção, os médicos precisam aderir à cultura local, tanto quanto desejam que os usuários façam adesão ao tratamento prescrito.

A população acreana é também, como parte da cultura nortista, formada por migrantes de diversas regiões do país – sobretudo Nordeste, cultura notadamente baseada na oralidade, costumeiramente adaptada aos compadrios e diminuição da distância entre as pessoas. No Acre, ainda não existe a separação da população por escolarização e classe social. É comum encontrar toda a comunidade no mercado municipal em busca de um café regional. E essa proximidade é bastante singular. Quanto mais os profissionais reduzem o distanciamento e ampliam o vínculo, melhora o relacionamento e as redes se fazem rapidamente. O estabelecimento de vínculo, além de preconizado pelo SUS, estava prioritariamente descrito no Projeto inicial do curso de Graduação em Medicina da UFAC.

A RELAÇÃO COM O OUTRO (USUÁRIO), OUTRO PROFISSIONAL - ENQUANTO SUJEITO, É ENSINADA OU APRENDIDA NO CURSO DE MEDICINA DA UFAC?

O ensino-aprendizagem de áreas que são mobilizadas pelas relações tem sido apartado da técnica em si. Recorrendo a Schraiber (1993), novamente ressalto o caráter indivisível da formação ética – a simbologia da moeda de duas faces poderia ser apropriada, mas evocaria uma dualidade que é, além de desnecessária, desastrosa.

O que acontece na Universidade Federal do Acre é que a aprendizagem da ética e das relações intersubjetivas acontece diuturnamente em cada disciplina e estágio – sobretudo quando são acompanhados por professores médicos, que demonstram no

seu fazer diário, como é que o estudante deve se comportar. São mais aprendidas – pela observação e pelo exemplo – do que explicitamente ensinadas.

Porém, sua aprendizagem sistemática é reduzida a disciplinas vinculadas ao código de ética médica, bioética, psicologia médica e semiologia. Natural aos docentes atribuírem a outras disciplinas – que não a sua – a responsabilidade do ensino sobre a relação médico-paciente. A eles, a recomendação sobre o código de ética médica, a informação completa ao usuário sobre os exames, o prognóstico, o diagnóstico e a terapêutica, sendo repetida aos usuários seriam fatores importantes para o estabelecimento da Relação Médico-Usuário satisfatória. E isso, quase todos os docentes que concordaram em participar do estudo fazem. A aproximação e abertura para o contato permitido (físico e emocional) com o usuário da saúde é entremeada de recomendações sobre “boa educação”, com protocolo pronto para que a abordagem ao usuário não possa suscitar qualquer ação que dê origem a reclamações judiciais.

Mas há algo mais. Para além de receber o usuário na porta do consultório, falar o seu nome, pedir licença, olhar para ele, “explicar” o que ele tem – como a traduzir ao linguajar médico as sensações, emoções, sentimentos, dores, possibilidades e impossibilidades dos usuários do serviço de saúde, despedir-se repetindo a terapêutica prescrita. Tudo isso é suficiente para significar um ensinamento de uma boa relação médico-usuário? A repentina aprendizagem de comportamentos protocolares não implica na vinculação, no importar-se com, no acompanhamento, na escuta-ouvinte, no olhar para além do corpo fisiológico, onde têm sido “apertados” os ensinamentos repassados aos estudantes.

Dos docentes, há os que ensinam pelo exemplo, tanto a reconhecer o usuário como sujeito, como, outros, a tomá-lo como objeto de intervenção. Há os que recomendam teoricamente um comportamento que flagrantemente aduiteram na prática. Há os que supostamente ignoram o assunto, mas na prática constroem uma ideia de corpo biológico sem conteúdo de humanidade.

Há professores que ajudam os estudantes a pensar sobre o que fazem. Mas também há aqueles que fazem da docência uma mera transmissão de

conhecimentos/saberes que somente para eles fazem sentido, e que assim colocam os estudantes num lugar passivo, eles mesmos objetos.

Há os que estimulam e os que ceifam criatividade, em nome da transmissão padronizada de um conhecimento repetido, que aposta nas regularidades e nas repetições.

Então, já deu para perceber que as intencionalidades expressas no projeto pedagógico não são suficientes para “uniformizar” os professores. Há projetos em disputa. O curso disporia de dispositivos para enfrentar essa disputa?

Para aumentar a chance de produzir estudantes capazes de se encontrar com o outro numa relação cuidadora, seria importante praticar a educação como ferramenta de vida, carregando para o aprender e o cuidar todas as tecnologias: duras, leves e leve duras, como nomeia MERHY (2007). Para além daqueles que ousam valorizar a particularidade de cada estudante, como uma potência a ser provocada, estimulada e tocada. Como afirma Rubem ALVES (2011), o papel do professor deveria ser o de criar a alegria de pensar, provocar a inteligência, o espanto, a curiosidade.

Da mesma forma, em relação aos profissionais de saúde, há os que, além do conhecimento específico de sua área de formação, no encontro com os usuários chamam para a cena o “poder” unilateral, “coisificante” do outro; também existem os que transformam o “encontro” com o usuário num processo de interação, de enriquecimento intersubjetivo e construção da saúde (MERHY, 1996).

A formação orientada para o cuidado precisa de muitos enfrentamentos. Implica produzir mudanças na prática profissional, no modelo de atenção e no papel dos vários sujeitos na produção da saúde (FEUERWERKER et al., 2000 p.58). Os desafios, então, não estão restritos ao curso, aos professores e aos estudantes. São atravessados por problemas e relações no âmbito da prática profissional, das políticas de saúde, da organização dos serviços, entre outros. Como o curso não governa nada disso, é fundamental ter espaço para problematizar, discutir, colocar em questão o vivido em todos esses encontros e lugares.

FRANCO e MERHY (2003) debatem e defendem a composição técnica centrada no campo relacional e tecnologias leves na saúde coletiva, campo que congrega

profissionais de diferentes áreas, e que deve produzir cuidado de forma integralizada, assegurando a continuidade do cuidado por toda a rede de saúde, “centrado nas necessidades dos usuários”. Também esta é a aposta do curso de medicina da Universidade Federal do Acre, com a qual também estou de acordo.

Uma das apostas da docência é a disposição de contribuir fortemente para a construção coletiva, voltada para a formação (sem fôrma) e cuidado de outras pessoas, e proporcionar o desenvolvimento das capacidades próprias e dos outros, para a construção de conhecimento e críticas, de encontros e desencontros, certezas e dúvidas, desde que isso não possa ficar circunscrito às individualidades, mas que as considere. Assim também ocorre com o profissional de saúde. No processo de encontro com o outro, para que suas necessidades sejam atendidas, é preciso que o conhecimento seja compartilhado e modificado, para que se torne útil, coletivo, real, produzido no ato. Vivo!

O trabalho destes profissionais de saúde e educação, quando aberto ao encontro com o outro, reconhecendo-o como sujeito, implica ouvir e interagir com várias linguagens, valores, conceitos e modos de viver. Implica também no exercício de abrir-se mutuamente, compreender ao outro e a si mesmo, num exercício de construção com o outro (aprendiz e usuário), assim como o exercício de reconhecer o outro, em seus múltiplos planos, e de compreender seus sentimentos e necessidades – procurando escapar dos julgamentos ou impressões pré-concebidas - a não ser aquelas específicas do seu conhecimento de formação, tão valorizadas atualmente, pelas “evidências” quantitativas.

Professor e médico precisam aceitar o outro e construir com ele processos de cuidado, cada um a seu modo, com o objetivo de contribuir para ampliação de sua potência de vida. De acordo com ROGERS (2010), a manutenção da congruência de si mesmo constitui parte fundamental neste encontro de ajuda, que ocorre no exercício de toda profissão, onde o ponto de partida é a interação entre duas ou mais pessoas.

Assim como no processo de ensino-aprendizagem, dar-se ao outro - considerando-o sujeito do processo, igualmente participante, da sua maneira, com outros conhecimentos e outras buscas, mas igualmente ativo, capaz e produtor - é necessário nos encontros para o cuidado. A aprendizagem é parte do cardápio dos

cuidados individuais e coletivos. Desta forma, as profissões de saúde, também devem possibilitar esse encontro entre sujeitos.

Este preparo para o encontro não pode ser construído mecanicamente, descrito num protocolo ou “ensinado” numa disciplina pontual. A sua construção deve acontecer de forma contínua e integrada em toda a formação. Daí a necessidade de discussão permanente da integração entre os ciclos do curso, revisão, avaliação e reprogramações, com a participação de toda a comunidade afetada pelo curso: docentes, discentes e usuários.

A relação de encontro entre profissional e usuário implica desigualdades, na medida em que uma parte necessita ser ajudada (para se compreender, prevenir, curar, melhorar), e a outra tem a possibilidade de contribuir para essa ajuda, a partir, entre outras coisas, do conhecimento técnico necessário para esse manejo. É a relação de CUIDADO. Naquele momento, um precisa ser cuidado, e o outro pode cuidar! O conceito dinâmico de pessoa, na fenomenologia, tem como ideia nuclear a relação entre pessoas. O ser humano não é uma essência definida desde a sua origem, mas é um ser que se “inteira” nas relações (PEREIRA, 2003).

Carl ROGERS (1985) trata o conceito de Relação de Ajuda, como uma relação na qual pelo menos uma dessas partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida.

Autores que discutem a formação em saúde e a produção do cuidado indicam como pontos de convergência o perfil necessário ao exercício dos profissionais que trabalham com o cuidado: a capacidade de produzir conceitos que deem sentido e significação ao que se está vivendo (MERHY, FEUERWERKER & CERQUEIRA, 2010).

Talvez este ponto seja a principal motivação para a efetivar a proposição contida nesta Tese. “As formas” como os profissionais de saúde são preparados para esta delicada relação, na Universidade Federal do Acre.

Na experiência de docência no curso de Medicina da Universidade Federal do Acre, como docente colaboradora, deparei-me inicialmente com alunos militantes do cuidado, idealistas que, ao final do curso, substituíram essa militância pela repetição

de “condutas e procedimentos”, que, claro, não deixam de fazer parte da caixa de ferramentas tecnológicas que profissionais devem portar. Mas são apenas parte do que é necessário para cuidar. A graduação parece produzir mecanismos de “blindagem emocional”, “enquadramento”, “padronização”.

FEUERWERKER (2004) trata desse problema como a “perda da porosidade”, que “FORMATA” em formas semelhantes até os mais diferentes. Recorrendo a Ruth Rocha, a escola “enforma” os alunos, de acordo com o que se espera que eles reproduzam de conhecimentos e comportamentos. Dessa forma, os médicos são produzidos “encouraçados”, e focados no diagnóstico e cura – da doença. Claro que esse é um dos grandes objetivos assumidos pela medicina. Mas a doença está em ALGUÉM. E esse alguém não se resume à doença.

Como se dá esse processo? Em que momento(s) da graduação do médico na UFAC é (ou não é) descartada a sensibilidade e sua capacidade de encontro solidário com o outro? O que nos reafirma que há manutenção dos paradigmas de formação em um modelo que há muito deveria ter sido revisto – porque o foi legalmente, desde que a saúde, neste país, passou a constituir-se em “Direito de todos e dever do Estado”.

Quando a Reforma Sanitária inscreveu seus ideários nas legislações, fez falta o papel das Universidades, em assumir uma construção do papel político do médico, diante do saber técnico hegemônico. A Universidade não se desencastela da produção acadêmica dura, tecnicista, fechada. Os setores da Universidade que se rebelam são – como sempre, os Centros de Humanas e Artes. Os saberes e viveres e pensamentos hegemônicos das formações tradicionais, tecnicistas, centradas nos procedimentos - da medicina brotam até mesmo em um curso tão iniciante. Faltou o ENCONTRO do perfil necessário ao profissional com seu agente educador e formador.

Já se passaram 25 anos da promulgação da Constituição Federal, que atribuiu ao Estado a responsabilidade de garantir o direito a saúde, entre outros instituindo e operando o Sistema Único de Saúde. Já se passaram também 12 anos da homologação de Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação médica, e as

disputas em torno da Educação Médica seguem com poucas mudanças, com o predomínio da aposta hegemônica.

A formação mantém-se tecnicista, positivista, tomando como centralidade a intervenção sobre as doenças instaladas no corpo biológico para eliminá-las, de preferência. O olhar focado no corpo adoecido favorece a coisificação do usuário, eliminando-o como interlocutor válido. E o predomínio das tecnologias duras e leves enfraquece a possibilidade de o trabalho vivo em ato ganhar a centralidade necessária para um encontro cuidador. Essas alternativas coisificadoras são reforçadas pelo complexo industrial da saúde.

Como afeto, serão considerados os conceitos de Henri Wallon *apud* MAHONEY e ALMEIDA (2004) – a constituição da pessoa, considerando a dimensão afetiva, como também de Spinoza *apud* Deleuze (1978) – marcar o outro com sua presença, provocar reação. A afetação do médico diante do usuário, que lhe traz uma queixa, significa a troca necessária à mobilização de sentimentos e conhecimentos, que favoreçam o encontro, com a compreensão do outro. Para MERHY (1996), é o ponto de interseção, de modo que a relação passa a ser interseçora.

Além do tecnicismo, AUGUSTO *et al.* (2008) afirmam que “Durante a formação, os alunos aprendem que os sentimentos são algo de que se devem afastar. Eles devem manter a “neutralidade”, precisam vestir um manto imaginário, que os proteja das emoções” (p.123).

As mais recentes Diretrizes Curriculares preconizam que o médico tenha uma

“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” (BRASIL, 2014).

A Resolução do Conselho Nacional de Educação, homologada pelo MEC, ainda indica que a formação do médico lhe propicie competências e habilidades gerais que

contemplem o sistema de saúde vigente no país, incluindo a atenção integral à saúde num sistema regionalizado e hierarquizado e o trabalho em equipe.

A formação do médico que inclua “**atitudes** humanizadas diante das pessoas” é preconizada pelo Sistema Único de Saúde - SUS, entre outros, pelo HUMANIZASUS (BRASIL, 2003), que traz entre os resultados desejados a atenção integral e o fortalecimento da Relação Médico-Usuário. A integralidade também tem sido chamada à cena, com o objetivo de dar centralidade às necessidades dos usuários na construção de sua relação com trabalhadores e gestores (BRASIL, 2011).

Como se trabalha buscando essa “conduta humanizada”? Na maior parte do tempo – isso se confirma nas entrevistas - o termo “humanização” tem sido banalizado, e compreendido como “besteira” – considerando um termo nortista, citado por Los Porongas – “cá no Norte, coisa vã de chama ‘besta’ ...”. É como se a tentativa de humanização na saúde fosse considerado algo banal, em vão, da ordem da simpatia.

MARINS (2011) discute a importância da formação de preceptores, trazendo como eixos fundamentais para este assunto: “as competências para o trabalho em saúde, os desafios da ação pedagógica na preceptoria e que estratégias poderão ser usadas para trabalhar a preceptoria”(p.47). Aliando a preocupação na necessidade de incorporar novos conhecimentos no processo de conhecimento técnico-científico, a autora provoca uma necessidade de se repensar a organização dos processos de trabalho em saúde, que precisam extrapolar mudanças na postura profissional do médico, que não deve se restringir à reprodução do que vem sendo executado. Há que se extrapolar o modelo de atenção, para que o profissional APRENDA a ter uma visão integral e humana.

“No caso de um hospital, o ‘maqueiro’ nos larga na porta do centro cirúrgico, e, enquanto o ‘maqueiro’ do centro cirúrgico vem nos buscar, ficamos sozinhos lá, olhando para o teto, sentindo um frio tremendo, com o ar refrigerado ligado. Ninguém fala conosco, ninguém pergunta alguma coisa... Isso é humano? É raro acontecer? Vocês não acham que deveria haver alguém que nos desse um apoio ali? Que diga: ‘o senhor aguarda um pouquinho’, ‘o senhor espera’, ‘vai estar tudo tranquilo, não tem problema’...” (MARINS, 2011. p.49)

Não se trata de substituir o procedimento necessário na intervenção necessária. Mas trata-se de humanizar a relação, nos detalhes que o procedimento duro não alcança. Isso não por uma questão moral ou ideológica, mas porque faz diferença na possibilidade de cuidar, de reconhecer que até mesmo o corpo biológico é singular e responde de modos diferenciados às estratégias terapêuticas (FEUERWERKER, 2014).

Aterrorizam-se os estudantes desde o princípio. Se se vinculam rapidamente aos usuários, se aceitam orientações dos Agentes de Saúde da Família, são rebaixados a categorias humilhantes e bisonhas. O poder de pressão exercido pela metodologia e cultura da medicina hegemônica medicocentrada e hospitalocêntrica, focada em diagnóstico-protocolo-terapêutica é importante nos depoimentos dos estudantes. Mesmo de maneira informal, o tecnicismo resiste hegemônico na graduação de medicina da UFAC.

Reconhecendo as complexidades envolvidas no trabalho em saúde, FEUERWERKER (2011) analisa o papel das preceptorias, desde um hospital, em que o aspecto biológico do adoecimento está em evidência, até a Atenção básica e atenção domiciliar, em que outros aspectos da produção da vida entram de modo mais explícito, já que a vida dos usuários sempre vem junto com eles, mas com maior ou menor visibilidade.

Na proposta pedagógica do curso de medicina da UFAC, existe uma aposta em propostas, como a Medicina Centrada na Pessoa, que propõem ao médico perceber a pessoa-usuário em seu potencial positivo, a partir das concepções de saúde, voltadas ao “sentir-se bem” - com a inclusão do bem-estar psicológico no rol de preocupações e objetivos do médico em seu trabalho. Significaria a transição de um atendimento médico-centrado, para o trabalho usuário-centrado. Deriva da visão holística da “pessoa–médico” e “pessoa-usuário”, fundamentadas em conceitos do caráter integral do ser humano. A Relação Médico-Usuário deveria induzir o respeito à dignidade do usuário, proporcionando-lhe o atendimento integral, sem a conservadora atenção direcionada à patologia (PESSOTI, 1996). Como essa perspectiva se traduz na prática do curso? A formação médica coaduna com essas premissas? (NOGUEIRA-MARTINS *et al.*, 2006).

FEUERWERKER (1998) refere-se à Universidade como um lugar de disputas e relações de interesses, que majoritariamente reduz a formação do “olhar integral ao outro” ao “olhar focado na doença, restrito às lesões orgânicas”. Como acontece na UFAC esse preparo para o foco? Como isso interfere na perspectiva dos estudantes?

NOGUEIRA-MARTINS *et al.* (2004) afirmam ser importante para a transformação dos paradigmas da educação médica a inserção na graduação de disciplinas que reafirmem as relações interpessoais e a empatia como fatores preponderantes nos processos de ensino-aprendizagem e na maturação da personalidade dos alunos.

FEUERWERKER e CECCIM (2004) afirmam que a produção da Saúde – como preconizada em nossa legislação - tem como componentes imprescindíveis o Ensino, a Gestão, a Atenção e o Controle Social. Assim, trazem à cena a necessidade de sinergia entre instituições formadoras, governos, profissionais e sociedade – isso no sentido de ampliar a permeabilidade e o contato da Universidade com as necessidades dos usuários, trabalhadores e gestores no cotidiano da construção do SUS. Como é trabalhada essa aproximação na UFAC? (Como) Isso é feito? Que efeitos produz sobre o estudante?

Apesar das recomendações da legislação, do processo de construção do SUS e seus desafios, as instituições de Educação Superior, de acordo com as observações de CECCIM e FERLA (2009), pouco se alinharam à produção Política da área. Não fossem as Associações de Ensino e o próprio SUS, os debates sobre as necessidades de reformulações curriculares na formação dos profissionais de saúde e as proposições neste sentido, teriam sido deixadas de lado. O SUS congrega em si, a obrigatoriedade da integração e sintonia entre o que CECCIM e FEUERWERKER (2004) chamam de “Quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social”.

Para o efetivo sucesso do SUS, é preciso produzir o “entendimento” entre gestão, controle, atenção e formação orientada à integralidade (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Neste contexto, a formação configura-se como início e finalização do ciclo de atenção no Sistema. É imperativo que sua construção possibilite compreensão, defesa e preparação de médicos para o engajamento no

mercado de trabalho voltado prioritariamente aos princípios do SUS. Em outra reflexão sobre as graduações na área da saúde, os mesmos autores referem-se à formação como uma das áreas menos problematizadas, sendo necessária a discussão da docência e da aprendizagem das profissões da saúde, voltadas para a integralidade, resgatando o compromisso constitucional assumido na Reforma Sanitária, de formular políticas de formação na área da saúde coerentes com as próprias diretrizes constitucionais da Saúde. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

FEUERWERKER (2014) defende, quando trata sobre a formação médica para o SUS, que:

“As escolas médicas / de enfermagem / odontologia / fisioterapia / etc. são instituições complexas, fabricadas a partir de múltiplos planos, articulam uma multiplicidade de sujeitos, processos e disputas. Lógicas e interesses e dinâmica de conformação das corporações atuam fortemente na disputa pelos processos de subjetivação de professores e estudantes. Interferem, por exemplo, no ideal de prática, lugar da medicina / enfermagem / odontologia / fisioterapia / etc. na produção da saúde, relação com as demais profissões, modos de produzir sucesso, relação com o complexo médico industrial, entre outros”. (p.122-123).

A visibilidade produzida neste estudo nos permite interrogar as estratégias desenvolvidas pela UFAC para produzir essa formação – elas precisam ser ampliadas, diversificadas, intensificadas.

O objetivo social desta pesquisa foi contribuir para a reflexão sobre a formação médica voltada para a produção do cuidado, onde a Relação médico-usuário seja priorizada e o usuário também seja protagonista, em uma Universidade em que o currículo médico é posterior à aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais e que se declara em sintonia com seus princípios e os do SUS:

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

Este trabalho tentou aproximar-se do percurso formativo dos alunos, identificando apostas, estratégias e efeitos da aprendizagem sobre a atitude do

cuidado diante da Relação Médico-Usuário. Esta abordagem analítica do ensino médico é inédita em nosso estado, podendo produzir elementos que contribuam para a discussão curricular e aprimoramento da Educação Médica.

Os estudos relatam a constância no currículo, metodologia e equipamentos das escolas médicas, que praticam a medicina voltada para a formação tecnicista, em que o outro é coisificado, em que as subjetividades são “suprimidas” durante a formação, dando lugar à reprodução do modelo objetivo, focado na doença ou nas especialidades. Embora se mantenha essa hegemonia formativa nos cursos médicos, existem esforços e iniciativas de mudança que precisam ser analisados. Existem também experiências interessantes (CAPOZZOLO, CASETTO e HENZ, 2014) que envolvem outras profissões da saúde e são voltadas para a centralidade no usuário, considerando o Sistema Único de Saúde e o contexto local.

A modificação da construção teórica e metodológica deste estudo aproximou as ideias das possibilidades de leitura dos resultados. A Pesquisa Viva, direcionada a capturar os efeitos sobre os estudantes das vivências dirigidas à construção da relação médico-usuário, não foi efetivada, pelos empates resgatados, como a greve, após a aprovação pelo CEP.

Esta pesquisa, como relata FEUERWERKER (1998), não teve a pretensão de alcançar **A** verdade, pois carrega na própria construção metodológica a sensibilidade (flexibilidade) de ser passível a modificações, assim como a abertura para os resultados que se apresentarem. Como um processo em construção, os “*a priori*” foram minimizados ao máximo, utilizando novas referências do tema micropolítica, como aporte fundamental na análise e discussão dos resultados.

Espero trazer uma visão particular das acontecências em ato, sobre as aprendizagens e ensinamentos para a produção do cuidado – de todo e qualquer modo e origem, como foi relatado pelos sujeitos da pesquisa.

Os resultados constituem importante acervo para subsidiar a discussão – permanente sobre o currículo (formal e vivencial), assim como das práticas docentes e discentes, do curso de graduação em Medicina da UFAC, destacando o papel da relação entre ensino, aprendizagem, prática cotidiana e afecções reveladas, nem

sempre aparentes nas avaliações ou discussões cotidianas no ambiente da Universidade.

Não apenas a preparação do médico para a clínica, diante de tantas ofertas e arranjos – mesmos os que são reordenados a partir das Diretrizes Curriculares, que apontam fortemente para a ampliação da formação, e organização curricular coerente com os princípios do SUS, que favorecem a prática da relação com o outro desde o início do curso. Os estudantes aprendem com a observação diária do falado, e também do que é silenciado, omitido, evitado – mesmo que de forma sutil. A aprendizagem é constante, permanente, e atravessada pelas disputas que acontecem diariamente nos ambientes de aprendizagem universitária.

10. ENCERR/A/BRINDO O ASSUNTO...

*A paz invadiu o meu coração
De repente me encheu de paz
Como se o vento de um tufão
Arrancasse meus pés do chão
Onde eu já não me enterro mais
A paz fez um mar da revolução
Invadir meu destino a paz
Como aquela grande explosão
Um bomba sobre o Japão
Fez nascer um Japão na paz
Eu pensei em mim eu pensei em ti
Eu chorei por nós
Que contradição só a guerra faz
Nosso amor em paz
Eu vim, vim parar na beira do cais
Onde a estrada chegou ao fim
Onde o fim da tarde é lilás
Onde o mar arrebenta em mim
O lamento de tantos ais*

João Donato e Gilberto Gil – A paz

Fortalecida pela produção de Feuerwerker, Merhy, Franco, Capozzolo e outros que tive a oportunidade de conhecer e conviver, trago aqui reflexões sobre a construção da Relação Médico-usuário, que é necessário que se processe urgentemente na Universidade, oportunidades de visualização sobre o que é produzido nos estudantes, enquanto seres relacionais e técnicos cuidadores.

O acontecimento desta pesquisa já gerou uma movimentação de interesses, e serviu como ponto de análise dos processos micropolíticos que ocorrem durante a formação, na maioria das vezes colocando o estudante na condição de pessoa a ser formatada, mesmo considerando a diversidade de olhares e sentidos que eles trazem semestralmente ao Acre.

Há que se fazer um debate aprofundado sobre a proposta do cuidado aos futuros cuidadores, e que se ter um olhar lúcido ao modelo biomédico que o curso tomou, em contraproposta ao Projeto Pedagógico.

Uma aposta necessária é a desmistificação do médico forjado “a ferro e fogo”, e ousar apontar que é preciso trazer pra roda de discussão a questão da

aprendizagem. As tecnologias de aprendizagem baseada em problemas podem indicar um maior “endurecimento” das tecnologias relacionais, favorecendo a perda de porosidade dos estudantes, como afirmou Feuerwerker (1998)

Com raras exceções, a ideia de relação médico-usuário é muito superficial entre os professores, centrada na cortesia e na informação – tanto a informação que se necessita recolher do usuário para estabelecer o diagnóstico, como a informação a que o usuário tem direito em relação a seu processo de adoecimento, sofrimento, tratamento e perspectivas.

A produção do diagnóstico e da conduta terapêutica ocupam o centro do encontro entre médico e usuário para a maior parte dos professores quando estão exercendo suas atividades didáticas. Ou seja, isso é o que centralmente se preocupam em ensinar quando das atividades práticas. Com os estudantes Manejo da vida é assunto somente em raras oportunidades, quase exclusivamente na medicina de família e na pediatria. Há sempre muita cautela com o risco de “envolver-se” com o sofrimento do outro.

Desta forma, aceno com a possibilidade de abrir propostas de descobertas das áreas “duras” do curso, sobre a Relação médico-usuário, assim como o desenvolvimento de oficinas de acompanhamento de turmas, em uma aposta de transversalidade no decorrer do curso, para a observação de modificações de pensamentos e concepções sobre a aprendizagem da Relação Médico-Usuário no curso de graduação em Medicina da UFAC.

Este trabalho é concluído neste momento, mas não tem como ser encerrado, pois muito há que se fazer na defesa da possibilidade de uma transformação da utilização das tecnologias relacionais no cuidado.

Clareia, Maria

(em sonho: Clara Nunes, Evandro e Maria das Graças)

Esgota o peito
do povo que sofre.
Com flores
na janela,
Cheiro e cores.
Tem uma aquarela
No jardim do quintal.
Jasmins e violetas
É assim...
Que se pinta
De novo
E renovo.
É assim...

11. REFERÊNCIAS

ACRE, Secretaria de Estado de Planejamento, **Acre em números 2011**. Rio Branco, Acre, 2012.

ALVES, R. **O papel do professor** [filme]. Revista Digital. 2011. São Paulo. 9min21seg. Color.

AUGUSTO, K.L. LINO, C.A.; CARVALHO, A.G.N.; SILVA, C.M.G.; CARVALHO, H.; ANDRADE, F.C. de; JUCÁ, N.B.H.; Caprara, A. **Educação e Humanidades em saúde: a experiência do grupo de Humanidades do curso de Medicina da universidade Estadual do Ceará (Uece)**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 122-126, mar. 2008.

BATISTA, N.A. **A educação interprofissional na formação em saúde**. In: CAPOZZOLO, A.A., CASETTO, S.J., HENZ, A. de O. (orgs.). *Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 59-68.

BERTUSSI, D.; BADUY, R.S.; FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. **Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios**. In: MATTOS, R. A. e BAPTISTA, T.W.F. (orgs.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 461-486..

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 4/2001. Institui as Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina**. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2001 9 nov.; Seção 1:38. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em 04. Fev. 2013.

_____, SENADO FEDERAL. Agência Senado. **Nabor: verbete de dicionário desrespeita o estado do Acre**. Brasília, 1997. Discurso do Senador Nabor Júnior na tribuna do Senado Federal. Brasília. 18/08/1997. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/1997/08/18/nabor-verbete-de-dicionario-desrespeita-o-estado-do-acre>. Acesso em 21/11/2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Acesso em 01/11/2016, in http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: Revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In. CECÍLIO, L. (org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 29-88.

CECCIM, R.B. e FEUERWERKER, L.C.M. **Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. *Physys: Revista de Saúde Coletiva*. 2004; 14(1):41-65.

DELEUZE, G. **Cursos sobre Spinoza: Vicennes, 1978-1981**. 2ª ed. Tradução de FRAGOSO, E.A.R.; CASTRO, F.E.B; CARDOSO JR, H.R. e AQUINO, J.A. Eduece; 2009.

FEUERWERKER, L.C.M. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In. RIBEIRO, V.M.B. (org.). **Formação pedagógica dos preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: UFJF; 2011. p. 29-36.

_____, L.C.M.; KALIL, M.A; BADUY, R.J. **A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem - as lições aprendidas pela Rede UNIDA**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 22, p. 49-62, dezembro 2000.

_____. L.C.M. **Mudanças na Educação Médica e Residência médica no Brasil**. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Campinas, v. 2, n. 3, p. 51-72. 1998.

FUGANTI, L. Devir. In: FONSECA T.M.G. NASCIMENTO. M.L. e MARASCHIN. C. (orgs.) **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Meridional, 2012. P. 75-79.

HOLANDA. A.B. **Dicionário on line do Aurélio 2008-2017**. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/acre>. Acesso em 21/11/2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Acre: Rio Branco – **Evolução populacional e pirâmide etária**. Censo 2010. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/EFW>. Acesso e, 21/11/2016

DÉR. L.C.S. A constituição da pessoa: dimensão afetiva. In. MAHONEY, A.A. e ALMEIDA. L.R. (Orgs). **A constituição da pessoa na proposta de Henri Wallon**. São Paulo: Loyola. 2004. P. 61-76.

LAZZAROTTO. G.D.R. e CARVALHO J.L.D. de. Afetar. In: FONSECA T.M.G. NASCIMENTO. M.L. e MARASCHIN. C. (orgs.) **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Meridional, 2012. P. 25-27.

MARINS, J.J.N. Formação de preceptores para área de saúde. In. RIBEIRO, V.M.B. (org.). **Formação pedagógica dos preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: UFJF; 2011. p. 47-52.

MEHRY, E.E. e FRANCO, T.B.. **Por uma composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**. *Saúde em debate*, Ano XXVII, v.27, N.65, Rio de janeiro, Set/Dez de 2003.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CERQUEIRA, M.P. **Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado.** In: RAMOS, V.; FRANCO, T.B. (orgs.) *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

REZENDE, M. e BAPTISTA, T. W. F. **A análise da política proposta por Ball.** In: MATTOS, R. A. e BAPTISTA, T.W.F. (orgs.) *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; TURATO, E.R. **Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study.** *Medical education*. 2006; 40:322-328.

OLIVEIRA, L.M. <http://acreaovivo.com.br/noticia/o-nome-do-estado-do-acre-vem-de-aquiri-ou-isso-e-lenda/4361> - 02/12/2016

OLIVEIRA, W. **Borracha para a vitória.** Fortaleza – São Paulo: Bucanero, TV Ceará e TV Cultura, 2005. 1 filme-documentário (52 min), color.

PEREIRA, M.G.A. e AZEVÊDO, E.E.S. **A relação médico-paciente em Rio Branco/AC, sob a ótica dos pacientes.** *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2005; 51(3):153-7.

RIOS, I.C. e SCHRAIBER, L.B. **Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2011, vol.15, n.36, pp.39-52. Epub Dec 10, 2010. ISSN 1807-5762.

ROCHA, R.M.L. Quando a escola é de vidro. In: **Este admirável mundo louco.** Salamandra. São Paulo, 2012.

ROGERS, C.R. **Tornar-se pessoa.** Martins Fontes. São Paulo, 2010.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade.** Hucitec. São Paulo. 1993.

SÉVÉRAC, P. Conhecimento e afetividade em Spinoza. Tradução de Homero Santiago. USP. In: MARTINS, A. (Org.) **O mais potente dos afetos: Spinoza e Nietzsche.** Martins Fontes. São Paulo. 2009.

VIANNA, H.M. **Pesquisa em Educação: a observação.** Liberlivro. Brasília, 2007.

12. ANEXOS

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa:
Construção da relação médico-usuário na graduação de médicos na Universidade Federal do Acre – UFAC.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar a construção do cuidado na Relação Médico-Usuário, durante a graduação médica, se justifica pela inscrição das Diretrizes Curriculares para a graduação em Medicina, a formação médica praticada na Universidade, e pelo perfil desejável do médico egresso, requerido na Resolução de regulamentação dos cursos de medicina. O objetivo desse projeto é identificar que concepções orientam a construção da noção sobre relações entre médicos e usuários, como acontece a construção desta relação nos estudantes durante o curso de Graduação em Medicina, na Universidade Federal do Acre. O(s) procedimento(s) de coleta de dados da seguinte forma: Entrevista com docentes, entrevistas em grupo e entrevista com os discentes, entrevistas com a coordenação do curso.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS. Existe a possibilidade de incômodo e/ou desconforto dos participantes na abordagem, posto que se trata de um estudo qualitativo, de respostas livres, abordando um tema que é vivenciado e construído pelos participantes. Para mitigar a possibilidade de incômodos, os participantes serão esclarecidos de que a pesquisa não será utilizada para avaliação, mas como descritora dos percursos da educação no decorrer do curso. O anonimato é compromisso permanente e, caso os participantes sintam-se incomodados ou necessitem de maiores esclarecimentos durante a entrevista de grupo, serão conduzidos a local separado, para maiores esclarecimentos, assim como está garantida a liberdade para se ausentarem da pesquisa em qualquer momento. Os benefícios previstos com este estudo serão a “visualização” da preparação do estudante para a relação que ele terá que estabelecer com seus pacientes, no exercício profissional. A Universidade e a comunidade em geral, terão a possibilidade de discussão clara e aberta sobre a temática, que é essencial na prática médica.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados e devolutivas serão enviados para você, em forma de oficinas e

permanecerão confidenciais (de grupo), e nos disporemos a prestar quaisquer esclarecimentos. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada com a pesquisadora responsável e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Maria das Graças Alves Pereira certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora pelo telefone (68) 9987-1343 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, Rio Branco - AC.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do Participante

Data

MARIA DAS GRAÇAS ALVES PEREIRA

Data

ANEXO II – TERMO CONSUBSTANCIADO DO CEP-UFAC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ACRE- UFAC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção da Relação Médico-Usuário na graduação de médicos da Universidade Federal do Acre - UFAC

Pesquisador: MARIA DAS GRAÇAS ALVES PEREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40568114.4.0000.5010

Instituição Proponente: Universidade Federal do Acre- UFAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Universidade Federal do Acre- UFAC

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.032.499

Data da Relatoria: 21/01/2015

Apresentação do Projeto:

A pesquisa "Construção da relação médico - usuário na graduação de médicos na Universidade Federal do Acre", um projeto vinculado ao Programa de Doutorado em Saúde Pública (Dinter UFAC-USP), pretende estudar a relação médico-usuário durante o processo da formação médica no curso de medicina da UFAC, sob a hipótese de que, "apesar das Diretrizes Nacionais Curriculares e do propósito de formar médicos para o SUS, a graduação médica da Ufac tem produzido médicos com preparo deficiente para o exercício do cuidado na relação médico-usuário". Em termos de metodologia, serão realizadas entrevistas semiestruturadas (individuais e em grupo), observação participante. Os participantes da pesquisa são professores e alunos do curso de Medicina da UFAC. O principal desfecho é o "levantamento das apostas de docentes e estudantes do curso de graduação em medicina da UFAC, que levam à construção do cuidado na Relação Médico-Usuário", além de ampliar a discussão sobre educação médica no âmbito da UFAC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Identificar que concepções orientam a produção das relações entre médicos e usuários, como elas são operadas e que efeitos produzem sobre os estudantes durante o curso de graduação em medicina da UFAC".

Endereço: "Campus Universitário" "Reitor Áulio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial **CEP:** 69.915-900
UF: AC **Município:** RIO BRANCO
Telefone: (68)3901-2711 **Fax:** (68)3229-1246 **E-mail:** cepufac@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE- UFAC

Continuação do Parecer: 1.032.499

Objetivos Secundários:

- 1- "Descrever, que apostas e estratégias são adotadas pelos docentes, para interferir na produção da Relação Médico-Usuário".
- 2- "Identificar os efeitos de tais vivências junto aos estudantes".
- 3- "Construir espaços de reflexão coletiva acerca de tais estratégias e vivências".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos e as providências e cautelas que os pesquisadores tomarão para excluí-los ou minimizá-los estão adequados à natureza da pesquisa.

Benefícios: Os benefícios esperados estão adequados à natureza da pesquisa e aos resultados que serão obtidos com a pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância social e científica, visto que possibilita ampliar os conhecimentos sobre o processo de formação médica e possibilitar a reflexão sobre as práticas docentes e discentes nos processos de ensino e aprendizagem da relação médico-usuário e contribuir com a melhoria qualitativa da relação médico-usuários nas instituições de saúde do Estado do Acre.

A Metodologia é adequada ao tipo de pesquisa e possibilita alcançar os objetivos da pesquisa. O Protocolo está devidamente instruído.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Folha de Rosto: os campos 3 (área temática) e 12 (cargo) não foram preenchidos. Recomenda-se preenchê-los com as informações adequadas.
- 2- Projeto de Pesquisado e Projeto Básico: estão adequados, contendo todas as informações necessárias.
- 3- TCLE: atende às exigências éticas estabelecidas pela Resolução 466/2012.
- 4- Instrumento de Coleta de dados: foi anexados ao Protocolo de Pesquisa o Roteiro de Entrevistas com os participantes da pesquisa
- 4- Declaração de Uso dos Dados: conforme a legislação;
- 5- Declaração de que a coleta de dados não foi iniciada: no Protocolo de Pesquisa foi anexada a declaração de que a coleta dos dados não foi iniciada, na qual a pesquisadora declara que a coleta dos dados da pesquisa não foi iniciada e que somente após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo CEP-UFAC os dados serão coletados.
- 6- Declaração do uso dos dados e informações coletados para os fins exclusivos previstos no projeto de pesquisa: no Protocolo de Pesquisa foi anexada a declaração de uso dos dados e

Endereço: "Campus Universitário" Reitor Áulio G. A. de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial **CEP:** 69.915-900
UF: AC **Município:** RIO BRANCO
Telefone: (68)3901-2711 **Fax:** (68)3229-1246 **E-mail:** cepufac@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE- UFAC

Continuação do Parecer: 1.032.499

informações coletados, nos termos em que estabelece a Resolução CNS Nº 466/2012, IV.7.

7- Termo de Autorização para Realização da Pesquisa: no Protocolo de Pesquisa foi anexado o Termo de Autorização para a realização da pesquisa, emitido e assinado pelo Coordenador do Curso de Medicina da UFAC.

Recomendações:

Padronizar o termo "médico-usuário", excluindo o termo "médico-paciente" dos documentos que compõe o Protocolo de Pesquisa.

Na Folha de Rosto, faltam informações dos campos 3 (área temática) e 12 (cargo). Recomendamos o devido preenchimento, com anexação na Plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que no Protocolo de Pesquisa constam todos os Termos de Apresentação Obrigatória, os quais estão elaborados adequadamente, atendendo as exigências estabelecidas na Resolução CNS Nº 466/2012 e do CEP-UFAC, conclui-se pela emissão de Parecer favorável à realização da Pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-UFAC informa que:

1- Esta pesquisa não poderá ser descontinuada pelo pesquisador responsável, sem justificativa previamente aceita pelo CEP, sob pena de ser considerada antiética, conforme estabelece a Resolução CNS Nº 466/2012, X.3- 4.

2- Em conformidade com as diretrizes estabelecidas a Resolução CNS Nº 466/2012, XI.2, d; o pesquisador responsável deve apresentar relatórios parcial e final ao CEP. O Relatório parcial deve ser apresentado após coleta de dados, "demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento" (Resolução CNS Nº 466/2012, II.20) e o Relatório Final deverá ser apresentado "após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados" (RESOLUÇÃO CNS Nº 466/2012, II.19).

Endereço: "Campus Universitário" "Reitor Áulio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial **CEP:** 69.915-900
UF: AC **Município:** RIO BRANCO
Telefone: (68)3901-2711 **Fax:** (68)3229-1246 **E-mail:** cepufac@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ACRE- UFAC

Continuação do Parecer: 1.032.499

RIO BRANCO, 23 de Abril de 2015

Assinado por:
Luciete Basto de Andrade Albuquerque
(Coordenador)

Endereço: "Campus Universitário" Reitor Aúlio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial **CEP:** 69.915-900
UF: AC **Município:** RIO BRANCO
Telefone: (68)3901-2711 **Fax:** (68)3229-1246 **E-mail:** cepufac@hotmail.com

ANEXO III – TERMO CONSUBSTANCIADO DO CEP-FSP/USP

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção da Relação Médico-Usuário na graduação de médicos da Universidade Federal do Acre - UFAC

Pesquisador: MARIA DAS GRAÇAS ALVES PEREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40568114.4.3001.5421

Instituição Proponente: Universidade Federal do Acre- UFAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Universidade Federal do Acre- UFAC

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.077.173

Data da Relatoria: 22/05/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa (em nível de doutorado) que problematiza a relação entre médicos e usuários.

Objetivo da Pesquisa:

-Geral - Identificar que concepções orientam a produção das relações entre médicos e usuários, como elas são operadas e que efeitos produzem sobre os estudantes durante o curso de Graduação em Medicina, na Universidade Federal do Acre;

-Específicos: 1) Identificar e mapear, junto aos docentes, que apostas e estratégias são adotadas para interferir na produção da relação médico-usuário; 2) Identificar os efeitos de tais vivências de aprendizagem, sob o foco dos estudantes; 3) Construir espaços de reflexão coletiva acerca de tais estratégias e vivências

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e atual que poderá aportar conhecimentos relevantes para o campo da Saúde Coletiva.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.077.173

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Claro e adequado, segundo a resolução 466.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da UFAC.

Acatado parecer do relator deste CEP pela aprovação.

SAO PAULO, 25 de Maio de 2015

Assinado por:

**Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo
(Coordenador)**

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

ANEXO IV: CURRÍCULO LATTES DA PROF^a ORIENTADORA

English

Imprimir currículo

Dados gerais
Formação
Atuação
Projetos
Produções
Inovação
Educação e Popularização de C & T
Eventos
Orientações
Bancas
+

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1348650253250794>
Última atualização do currículo em 01/12/2016

Possui graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1983), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1997), doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2002) e livre-docência em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2012). Atualmente é professora associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo do Departamento de Prática de Saúde Pública, Linha de Pesquisa Política e Gestão. É colaboradora da Linha de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Pós-Graduação de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. No campo da produção do conhecimento, atua principalmente nos seguintes temas: políticas públicas na área da gestão, da produção do cuidado e do trabalho em saúde, educação de profissionais de saúde. Na extensão, desenvolve atividades de apoio à educação permanente e ao desenvolvimento da gestão junto a secretarias municipais de saúde e ao ministério da saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Nome em citações bibliográficas

FEUERWERKER, L.C.M.;FEUERWERKER, Laura Macruz;FEUERWERKER, Laura;FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz;Feuerwerker, L. C. M.;FEUERWERKER, LAURA C. M.

Endereço

Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
Avenida Dr. Arnaldo, 715, Departamento de Prática de Saúde Pública, sala 7792.
Pacaembu
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617796

Formação acadêmica/titulação

2000 - 2002

Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Mudanças na educação médica - os casos de Londrina e Marília, Ano de obtenção: 2002.
Orientador: Francisco Bernardini Tancredi.
Palavras-chave: educação médica; mudanças na formação dos profissionais de saúde; estratégias de mudança na educação médica; trabalho em rede; políticas públicas de saúde e educação; mudanças nas práticas de saúde.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Políticas de Saúde.
Setores de atividade: Educação Superior; Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

1992 - 1997

Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Residência Médica e as Estratégias de Mudança da Educação Médica no Brasil, Ano de Obtenção: 1997.
Orientador: Ana Maria Malik.
Palavras-chave: educação médica; residência médica; integração docente assistencial; mudança da educação médica.
Grande área: Ciências da Saúde
Setores de atividade: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

1984 - 1986

Especialização - Residência médica.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Residência médica em: Clínica Médica
Número do registro: 12791.

1991 - 1991

Especialização em Saúde Pública. (Carga Horária: 1233h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Análise do papel do Hospital Universitário da USP no sistema de saúde da região do Butantã.
Orientador: Gonzalo Vecina.

ANEXO V: CURRÍCULO LATTES DA AUTORA

English

Imprimir currículo

Dados gerais
Formação
Atuação
Projetos
Produções
Eventos
Orientações
Bancas
+

Maria das Graças Alves Pereira

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2540975882026011>

Última atualização do currículo em 01/06/2016

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (1992) e Mestre em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (2004). Atualmente é Professora de Psicologia, da carreira da Educação Básica Técnica e Tecnológica, no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Análise Institucional, Desenvolvimento e Acompanhamento de Indicadores de Desenvolvimento Social e Avaliação de Políticas Públicas. Atuação como membro de Comissão de Criação do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Acre. Desenvolve pesquisas na área de Saúde Coletiva, Bioética e Relações Humanas, atuando principalmente nos seguintes temas: Relação Formação de profissionais, avaliação institucional, bioética, humanização, relação professor-aluno e relação médico-paciente. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Maria das Graças Alves Pereira

Nome em citações bibliográficas

PEREIRA, M. G. A.; ALVES PEREIRA, M. G.

Endereço

Endereço Profissional

Instituto Federal do Acre.
Av. Brasil
Xavier Maia
69900000 - Rio Branco, AC - Brasil
Telefone: (68) 3223414
URL da Homepage: www.ifac.edu.br

Formação acadêmica/titulação

2013

Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
com **período co-tutela** em Universidade Federal do Acre (Orientador: Rodrigo Pinheiro Silveira).
Orientador: Laura Camargo Macruz Feuerwerker.

2002 - 2004

Mestrado em Medicina e Saúde.
Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil.
Título: Avaliação da Relação Médico-Paciente sob a ótica de pacientes internados em uma unidade de saúde do Acre, Ano de Obtenção: 2004.
Orientador: Eliane Elisa de Souza e Azevedo.
Palavras-chave: Relação médico-paciente; Ética; Bioética; Avaliação da relação médico-paciente; Humanização.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Bioética / Especialidade: Relação Médico Paciente.
Setores de atividade: Saúde Humana.

1986 - 1992

Graduação em Psicologia.
Universidade Federal do Ceará, UFC, Brasil.

Atuação Profissional

Instituto Federal do Acre, IFAC, Brasil.

ANEXO VI – PORTARIA DO PROGRAMA PRÓ-INTERNATO

Ministério da Saúde

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

PORTARIA Nº 29, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2014

Homologa o resultado do processo de seleção das Propostas de Instituições Federais de Educação Superior (IFES) que se candidataram para participação no PROGRAMA DE APOIO AO INTERNATO MÉDICO EM UNIVERSIDADES FEDERAIS - PRÓ-INTERNATO e dispõe sobre o prazo para adequação das Propostas e apresentação de documentos.

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE, do Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando os termos das Portarias Interministeriais nº 4; nº 421 e nº 422, de 3 de março de 2010; Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010 e do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2.011 e Edital de Convocação nº 65, de 6 de dezembro de 2013, resolve:

Art. 1º Homologar o resultado do processo de seleção das Propostas que se candidataram ao Programa de Apoio ao Internato Médico em Universidades Federais - PRÓ-INTERNATO.

Art. 2º Divulgar a relação dos Projetos selecionados, conforme Anexo desta Portaria.

Art. 3º As Instituições Federais de Educação Superior deverão firmar Termo de Compromisso com o objetivo de atender às adequações dos respectivos Projetos, de acordo com a avaliação realizada durante o Processo Seletivo do Pró-Internato, bem como da apresentação da documentação necessária para viabilizar o projeto inclusive o pagamento das bolsas, sob pena de desclassificação.

Parágrafo único. As adequações relativas a cada projeto, se necessárias e conforme processo avaliativo, serão comunicadas pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/MS à coordenação dos projetos aprovados, individualmente, por meio dos endereços eletrônicos indicados nos projetos enviados ao Ministério da Saúde.

Art. 4º O prazo para o atendimento do disposto no artigo 3º e § 1º será de 10 (dez) dias contados a partir da data do recebimento do e-mail.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MOZART JÚLIO TABOSA SALES

ANEXO

IFES SELECIONADAS PARA O PROGRAMA DE APOIO AO INTERNATO MÉDICO EM UNIVERSIDADES FEDERAIS - PRÓ-INTERNATO

Instituição de Educação Superior proponente	UF
Universidade Federal do Acre	AC
Universidade Federal do Amapá	AP
Universidade Federal do Ceará - campus Sobral	CE
Universidade Federal do Cariri	CE
Universidade Federal de Ouro Preto	MG
Universidade Federal de São João del Rei - Campus Centro Oeste Dona Lindu	MG
Universidade Federal de Viçosa	MG
Universidade Federal de Campina Grande - campus Cajazeiras	PB
Universidade Federal do Vale do São Francisco - campus Petrolina	PE

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2014/prt0029_12_02_2014.html [06/02/2017 17:18:09]

Ministério da Saúde

Universidade Federal do Rio de Janeiro - campus Macaé	RJ
Fundação Universidade Federal de Rondônia	RO
Universidade Federal de Roraima	RR
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	RS
Universidade Federal de São Carlos	SP
Universidade Federal do Tocantins	TO

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde