



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Thaís Ranzani Tiseo

Onde está a comunidade na formação do Médico de Família e Comunidade?

Rio de Janeiro

2023

Thaís Ranzani Tiseo

Onde está a comunidade na formação do Médico de Família e Comunidade?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Valéria Ferreira Romano.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Where is the community in the training of family and community doctors?.

T613o Tiseo, Thaís Ranzani.
Onde está a comunidade na formação do Médico de Família e Comunidade? / Thaís Ranzani Tiseo. -- 2023.
93 f. : il.

Orientadora: Valeria Ferreira Romano.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 78-83.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Medicina de Família e Comunidade. 3. Educação Médica. 4. Saúde da Família. 5. Orientação Comunitária. I. Título.

CDD 362.12

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Thaís Ranzani Tiseo

Onde está a comunidade na formação do Médico de Família e Comunidade?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde

Aprovada em: 28 de novembro de 2023.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Bruno Pereira Stelet
Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal

Prof. Dr. Willer Baumgarten
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Valéria Ferreira Romano (Orientadora)
Universidade Federal do Rio de Janeiro - Faculdade de Medicina

Rio de Janeiro

2023

Para meus pais,
que me deram o mundo.
Para meus familiares e amigos,
que são meu mundo.
Para Guilherme,
que compartilha meu mundo.
Para meus professores,
que me apresentaram o mundo.
Para a TETO e seus voluntários,
que expandiram meu mundo.
Para a Márcia e a CF Assis Valente,
que me ensinaram a mudar mundos.
Para meus residentes e pacientes,
que me permitem diariamente adentrar seus mundos.

AGRADECIMENTO

Agradeço aos meus pais, Eliana e Marcelo, pelo amor e dedicação infinitos que me trouxeram até aqui, à minha avó Zilla, cujo amor transborda em proteção e ao Victor que cresceu comigo sob o mesmo amor.

Agradeço ao Guilherme, que é calma e apoio, sendo refúgio dos desafios diários, mesmo quando do outro lado do oceano.

À Valéria Romano, minha orientadora, que me tira do conforto e me transforma a cada encontro com sua intensidade e amorosidade.

À coordenação, professores e à secretaria do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública pela oportunidade de aprender e trocar dentro dessa casa.

Aos meus colegas de mestrado, turma única e especial, só digo que, como dizia Jobim, “tinha que ser com vocês”.

À Ana Silvia Gesteira, que revisou e lapidou esse texto.

À Márcia, que é família, preceptora e grande amiga. E ao Bernardo, que entrou no rolo e me acolheu em tantos desabafos.

Aos meus colegas valentes, em especial Bianca, Bruna, Natasha, Sayuri, Alexandre e Breno que foram compreensivos com meus processos e generosos com sua paciência.

Aos meus residentes por me permitirem viver com eles essa experiência.

À Clínica da Família Assis Valente e aos moradores da Vila Joaniza que diariamente me ensinam a ser a médica que sonho ser.

À Teto-Brasil e seus voluntários que abriram as portas para esse trabalho e que foram os primeiros a ampliar a minha realidade.

À Dona Ana, que me chacoalhou há 10 anos e que até hoje me chacoalha.

RESUMO

A orientação comunitária é um elemento pouco trabalhado na formação de médicos de Família e Comunidade. Partindo-se da hipótese inicial de que os médicos de Família e Comunidade não estavam sendo formados em sua residência médica de maneira a valorizar as atividades de Abordagem Comunitária, quer por falhas na formação, quer por limitações do campo de prática, esta pesquisa objetivou conhecer o processo de ensino-aprendizagem da Abordagem Comunitária em uma unidade de residência em Medicina de Família e Comunidade localizada no Rio de Janeiro. Este é um estudo qualitativo, de intenção cartográfica, instrumentalizado por observações participantes e entrevistas. A cartografia foi escolhida na intenção de que essa experiência possa se coletivizar a partir de sua descrição e discussão. Seus resultados revelam que, apesar de não atribuírem uma definição clara para o que seriam as ações de Abordagem Comunitária, os residentes valorizam essa experiência e conseguem identificar suas potencialidades. São reconhecidos também os principais desafios para sua realização, incluindo a formação biomédica, o contato com realidades diferentes e o cenário de prática dos residentes, sendo o trabalho em favela considerado como um cenário com características e dificuldades específicas. A pesquisa também destaca a importância dos preceptores no desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem de orientação comunitária, convidando-os a uma maior proximidade com seus residentes nessas atividades, facilitando seus processos, sendo exemplo, sendo ponte e promovendo comunidades de aprendizado saudáveis em suas unidades de saúde. Ao final do estudo, entende-se que a valorização dessa prática existe nos residentes e nos Médicos de Família e Comunidade, porém as barreiras que encontram ao longo do caminho e a falta de incentivo parecem capazes de distanciá-los das atividades de Abordagem Comunitária, sendo os preceptores uma figura com potencial de diminuir tal afastamento. Vale ressaltar que esta pesquisa não apresenta uma resposta definitiva, mas oferece pistas para enfrentar o problema.

Palavras-chave: atenção primária em saúde; medicina de família e comunidade; educação médica; orientação comunitária; saúde da família.

ABSTRACT

Community orientation is a poorly worked element in the training of family medicine physicians. Starting from the initial hypothesis that family doctors were not being trained in their medical residency in a way that valued community approach activities, either due to flaws in training or limitations in the field of practice, this research aimed to understand the teaching-learning process of the community approach in a family medicine residency unit in Rio de Janeiro. This is a qualitative study, with cartographic intent, instrumented by participant observations and interviews. Cartography was chosen so that this experience could be collectivized through its description and discussion. The results reveal that despite not providing a clear definition for what community approach actions would be, residents value this experience and are able to identify its potential. The main challenges for its implementation are also recognized, including biomedical training, contact with different realities and the practice scenario of residents, with work in a favela being considered as a scenario with specific characteristics and difficulties. The research also highlights the importance of preceptors in the development of community-oriented teaching-learning activities, inviting them to be closer to their residents in these activities, facilitating their processes, being an example, being a bridge and promoting healthy learning communities in their workplace. At the end of the study, it is understood that residents and GPs value this practice, however the barriers they encounter along the way and the lack of encouragement seem capable of distancing them from community oriented activities, preceptors are a figure with the potential to reduce this gap. It is worth mentioning that this research does not present a definitive answer but offers clues to face the problem.

Keywords: primary health care; family medicine; medical education; community orientation; family health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias de análise obtidas com as entrevistas.....	44
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Abordagem Comunitária
APOC	Atenção Primária Orientada para a Comunidade
CF	Clínica da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
RJ	Rio de Janeiro
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1	CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE.....	18
2.2	ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	18
2.3	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	20
2.4	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	21
2.5	ORIGENS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	22
2.6	COMPETÊNCIAS DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	24
2.7	TERRITÓRIO.....	25
2.8	DE QUE COMUNIDADE ESTAMOS FALANDO.....	27
2.9	FAVELA É COMUNIDADE?.....	28
2.10	ABORDAGEM COMUNITÁRIA NA PRÁTICA DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	31
2.11	ENSINO DE ABORDAGEM COMUNITÁRIA: O QUE JÁ ESTÁ DOCUMENTADO.....	32
3	OBJETIVOS.....	34
3.1	OBJETIVO GERAL.....	34
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
4	DO MÉTODO.....	35
4.1	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	35
4.2	MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO CARTOGRÁFICO.....	36
4.3	INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS.....	38
4.4	CENÁRIO DA PESQUISA.....	39
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	41
4.6	APRESENTAÇÃO DA PESQUISA AOS PARTICIPANTES.....	41
4.7	OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	41
4.8	ENTREVISTAS COMPREENSIVAS.....	42
4.9	ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	43

5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1	DEFINIÇÃO DE ABORDAGEM COMUNITÁRIA.....	45
5.2	RELEVÂNCIA DA ABORDAGEM COMUNITÁRIA PARA O CUIDADO.....	47
5.3	DESAFIOS PARA A REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ABORDAGEM COMUNITÁRIA.....	49
5.3.1	Ruptura com o modelo biomédico.....	50
5.3.2	Cenário atual da Atenção Primária à Saúde.....	54
5.3.3	Outra realidade.....	58
5.4	AS ESPECIFICIDADES DA ABORDAGEM COMUNITÁRIA EM CONTEXTO DE FAVELA.....	61
5.5	PAPEL DA PRECEPTORIA NO ENSINO DE ABORDAGEM COMUNITÁRIA.....	64
5.5.1	Assumir o papel de educador.....	66
5.5.2	Estar presente.....	67
5.5.3	Manter-se curioso.....	69
5.5.4	Ser ponte.....	71
5.5.5	Construir comunidade.....	72
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO RESIDENTE.....	84
	APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE.....	88
	APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	91
	ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE.....	92
	ANEXO B –TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DO PRMFC/SMS-RJ.....	93

PRÓLOGO

CONVITE AO TERRITÓRIO

Para melhor entender o ensino das competências de Abordagem Comunitária (AC) aos residentes e como posso contribuir para isso, fiz um movimento de grande imersão no território em que atuamos, sempre na companhia dos residentes da unidade. Este trabalho é fruto dessa experiência, mas antes de começarmos de fato, convido o leitor a também adentrar o cenário que me convidou a tantas reflexões e que promoveu as trocas e aprendizados que viabilizaram esta produção acadêmica.

A Clínica da Família Assis Valente fica no bairro do Galeão. Está localizada exatamente no meio de uma avenida. A maior parte dos pacientes ali assistidos vive na Vila Joaniza, também conhecida como Morro do Barbante, um bairro pobre que fica incrustado entre o aeroporto e uma grande área militar. Dei as dicas, mas caso não esteja claro, explico que é uma área de favela.

No entorno próximo, encontramos alguns outros equipamentos sociais com os quais a unidade se relaciona. Alguns são mais notáveis que outros. Lá estão os altos muros do Degase, que escondem “adolescentes-problema” do convívio com a sociedade, com a promessa de resgatá-los. Há também o complexo de abrigos Stella Maris, onde as mais complexas vulnerabilidades se encontram e se reúnem numa tentativa frágil de resgate da dignidade. Há também escolas, que esperançosamente tentam reequilibrar o espaço ecoando no entorno o som das brincadeiras que acontecem em seus pátios.

A larga avenida, que para muitos é só um local de passagem, é o ponto de partida para quem quer entrar ou sair da comunidade. Alguns poucos acessos levam ao interior do morro, e próximo a eles estão os pontos de ônibus, vans e mototáxis que ligam o local ao restante da cidade.

Não nos interessa sair, e portanto, seguimos por uma daquelas ruas. Rapidamente percebemos como elas são movimentadas. É preciso atenção com carros e motos que sobem e descem as ladeiras. Você reparou nos muitos trabalhadores e crianças uniformizadas descendo em direção ao ponto de ônibus? Alguns nos reconhecem e cumprimentam receptivos, outros nos olham curiosos. Os comércios estão abertos e bastante movimentados. Pode esperar um pouco? Quero comprar um cacho de bananas, o preço aqui é ótimo.

As ruas vão se estreitando. As pichações nos muros nos recomendam cautela e respeito com quem mora e domina aquele espaço. No fim da rua, notamos uma aglomeração,

e conforme nos aproximamos, notamos uma barricada e rapazes equipados com rádios de comunicação, pistolas e alguns fuzis. Ao identificar que se tratava de uma boca de fumo, recomendo que evite encarar, e passamos por eles como se ali não estivessem, apesar da tensão que podemos sentir.

A partir desse ponto, as ruas vão se verticalizando, mas ainda há um grande movimento. Na rua principal, encontramos todo tipo de comércio e de serviço. As presenças mais marcantes e frequentes são os bares e as igrejas. Nas residências, vemos muitos idosos observando o movimento através da janela ou sentados em frente à porta.

Os animais de estimação também estão espalhados por toda parte. Cachorros e gatos, alguns bem tratados, outros de aparência abandonada. E algo chama a atenção: a quantidade de pássaros. É comum ver gaiolas penduradas em garagens, paredes e postes. Aparentemente, os pássaros precisam tomar sol e seus donos aproveitam esse momento para exibir sua beleza e o seu canto. Uma paciente certa vez me disse que essa coisa de criar pássaros era “coisa de homem”. E parece ser mesmo. Eles se reúnem papeando em bares ou esquinas enquanto tomam conta de suas gaiolas. Uma curiosidade sobre a Vila Joaniza é que suas ruas e becos são em sua maioria batizados com o nome de pássaros.

Saímos da principal, entramos em ruas menores, que foram se estreitando até se multiplicar em uma infinidade de becos. Em muitos deles, não passa mais de uma pessoa por vez. O dia ensolarado desaparece entre construções altas e de tijolos aparentes. Às vezes parece até um labirinto. A água dos ar-condicionados pinga sobre nossas cabeças e precisamos desviar de alguns cabos que estão soltos. Reparamos algumas escadas estreitas e íngremes, que dificultam a saída de seus moradores, e como quase não havia janelas de ventilação.

Já saindo daquele emaranhado, uma moça parou numa esquina para nos aguardar passar antes de entrar no beco em que estávamos. Ela tinha um olhar bastante insatisfeito e, quando passamos, disse com um tom agressivo:

“É, é sim, isso aqui é uma favela.”

APRESENTAÇÃO

A primeira vez que entrei em uma favela foi em 2013, ainda estudante, após convite da organização TETO-Brasil. Foi no bairro de Jardim Gramacho, localizado em Duque de Caxias, na Baixada Fluminense, onde pela primeira vez tive contato com uma favela.

Achei que seria uma atividade pontual, mas a experiência foi tão marcante que logo passei a ser parte da equipe fixa de voluntariado e a frequentar as atividades da ONG, assim como as comunidades onde ela atuava. Enquanto a faculdade de Medicina me consumia com suas cobranças irrealistas, suas noites maldormidas e com a competição velada com meus colegas, o trabalho voluntário veio para ocupar espaço importante em minha vida, no qual eu me permitia resgatar minha autoestima num espaço em que ao mesmo tempo me sentia útil e aprendia sem medo de ser insuficiente.

Éramos jovens provenientes de locais diferentes, com histórias, bagagens e motivações diversas, que se encontravam semanalmente, no escritório e em campo, com o objetivo de promover “desenvolvimento comunitário” em comunidades que não eram as nossas. A partir de ações que visavam levar os moradores a reconhecerem seus direitos, buscamos promover nas favelas que frequentamos uma maior identidade comunitária, incentivando o empoderamento de lideranças locais e facilitando a organização dos moradores na busca por melhores condições de vida.

Com o passar do tempo e das nossas visitas a campo, meus pares já sabiam que eu era estudante de Medicina e questões vinculadas à saúde daquela população começaram a gerar em mim cada vez mais desconforto, pois sentia que a faculdade não me preparava para lidar com as questões que surgiam num ambiente em que as vulnerabilidades se faziam tão presentes.

O encontro mais marcante talvez tenha sido com Dona Ana. Ela era uma mulher negra, idosa, hipertensa e diabética. Fui ao seu encontro a pedido de uma amiga com quem ela havia compartilhado suas dores, seus diagnósticos e sua confusão em relação ao tratamento que deveria seguir.

Ainda no terceiro ano da faculdade, consegui pensar no seguinte tripé para auxiliá-la: medicação, atividade física e alimentação. Cheguei às portas do seu barraco de madeira munida dessas ferramentas, me apresentei e começamos a conversar.

Medicação parecia a tarefa mais simples. Eu não poderia prescrever nada, mas ia orientar a tomada correta dos medicamentos. No entanto, não havia medicações em sua casa. Dona Ana não tinha condições de comprá-las e desconhecia programas como a Farmácia Popular, que poderiam facilitar seu acesso aos medicamentos.

Atividade física nunca é uma orientação simples, pois sua efetividade envolve trabalhar a motivação do paciente. Mas como motivar alguém que não tem só a sua própria vontade como desafio? No entorno de sua casa não havia asfalto ou iluminação, havia lixo

por toda parte e a violência tomava conta da comunidade. Não era seguro para Dona Ana sair de casa para se exercitar, por mais que isso pudesse impactar positivamente sua saúde.

Restou falar sobre alimentação. Sentada na mesa da cozinha de Dona Ana, perguntei como ela normalmente se alimentava. Ela me mostrou algumas sacolas sobre o fogão e disse viver de doações que conseguia em uma pensão. Havia pão, macarrão, biscoitos... Olhando em volta, não consegui ver verduras, frutas ou condições de comprar qualquer outro alimento.

Conversamos mais um pouco e nos despedimos. Saí de sua casa completamente frustrada. Senti que nenhuma das minhas orientações havia sido eficaz, que Dona Ana seguia confusa e desamparada em meio a tantas vulnerabilidades e que tudo que eu estudava com tanto afinho na faculdade de Medicina não me preparava para um encontro como aquele.

Não sei bem se aquela conversa de alguma forma a ajudou, mas tenho certeza do quanto aquele encontro me transformou. Foi naquele dia que entendi que não basta saber toda a teoria e ter as melhores notas para ser um bom médico. Para isso é preciso também um olhar atento e integral, sensibilidade, empatia, habilidade de comunicação e muita coragem.

Ainda estudante de Medicina, em 2014, escrevi o relato acima, que ilustra uma parte importante do que me motivou a estar aqui. Essa visita foi um divisor de águas em minha formação pessoal e profissional. A partir dela, tornei-me mais atenta às questões que poderiam afetar a saúde das pessoas e que não necessariamente estavam descritas nos livros e em toda a teoria das aulas da faculdade de Medicina, mas ainda não sabia ao certo o que fazer com aquela inquietação.

No ano seguinte, tive a oportunidade de realizar um estágio optativo em Medicina de Família e Comunidade (MFC), especialidade com a qual havia tido pouquíssimo contato até então. Após algumas semanas conhecendo melhor sua essência, me senti surpresa, mas aliviada, ao perceber que havia encontrado colegas médicos igualmente desassossegados com as questões de pacientes como Dona Ana. Discussões mais profundas sobre cuidado, integralidade e medicina centrada na pessoa aos poucos me conquistaram e me levaram a cada vez mais me aproximar da MFC.

Ao concluir a faculdade, a escolha pela Medicina de Família e Comunidade foi então, em grande parte, motivada pela crença de que com a prática daquela medicina, haveria maior

aproximação com temas que me permitiriam levar saúde para cenários onde até então eu não havia visto sua presença.

Por esse motivo, ingressei na residência em Medicina de Família e Comunidade, e sinto que nela pude desenvolver muitos conhecimentos, habilidades e atitudes. Foram dois anos de formação nos quais meu leque de ferramentas e instrumentos para lidar com a adversidade se expandiu muito, o que me auxiliou no meu objetivo de levar saúde para aqueles que mais precisam.

Mas, apesar de satisfeita com o que aqueles dois anos me ofereceram, pareceu que nem todas as minhas expectativas se cumpriram e que uma parte importante do que considero ser MFC não foi contemplada. Senti que, durante minha especialização, a comunidade não esteve tão presente em minha formação quanto eu esperava e gostaria.

Hoje sou preceptora do mesmo programa de residência em MFC no qual me formei e ainda sinto que essa temática não é abordada em todo o seu potencial, apesar do meu desejo de proporcionar aos meus residentes mais possibilidades de se encontrarem com essa comunidade.

Este trabalho, portanto, é fruto dessa inquietação e da vontade de ver essa temática mais presente no ensino e prática de profissionais médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade.

1 INTRODUÇÃO

Minha história como estudante de Medicina, aprendendo o que é uma favela e entrando em contato com Dona Ana e seus problemas de saúde, são apenas um exemplo de como os encontros entre profissionais de saúde em formação e a saúde na comunidade podem acontecer.

Pensar saúde naquele contexto levou a um choque entre o conhecimento que se construía dentro do ambiente acadêmico e a realidade na qual muitas pessoas vivem. O encontro produziu em mim desconforto por não me sentir preparada para lidar com todas as adversidades que faziam parte da vida de Dona Ana e de outros tantos moradores de comunidades periféricas e sobre as quais eu nunca havia sido provocada a refletir.

Na faculdade de Medicina, aprendi a olhar para as doenças, não para as pessoas, e só pude perceber isso ao aceitar o convite de entrar na casa de Dona Ana. Ali as questões sociais e econômicas atuavam em primeiro plano como determinantes para sua saúde, enquanto clínica, farmacologia e medidas não farmacológicas se mostravam insuficientes para um cuidado integral.

A Medicina da Família e Comunidade, como o próprio nome indica, é uma especialidade médica que deve levar em consideração essas questões e adaptar suas práticas para trabalhar a partir do exercício de um olhar integral e de ações com foco nas famílias e comunidades. Porém, mesmo na residência dessa especialidade, é comum que os profissionais tenham dificuldade em realizar essas ações que constituem o que chamamos de Abordagem Comunitária, por inúmeras razões que devem ficar mais claras ao longo deste trabalho.

Iniciar meu texto com essa história tem dois objetivos. O primeiro, deixar clara minha implicação e envolvimento com a temática. O segundo é, através do compartilhamento da minha experiência, introduzir o tema que será estudado nas próximas páginas: o ensino de Abordagem Comunitária.

É simbólico começar este relato a partir de uma experiência vivida. Isso porque é desse material que este estudo será composto, da experiência de seus objetos de estudo e desta pesquisadora entre eles. Aproveito esse mote também para afirmar que este estudo não tem a pretensão de esgotar o tema ou gerar respostas definitivas, pois está estruturado sobre vivências de realidades singulares, mas que deseja colocar um holofote sobre a temática, gerar reflexão sobre ela e encontrar pistas que permitam discutir e coletivizar essas experiências.

Há muito já sabemos que a saúde não é feita apenas dentro das quatro paredes de um consultório. Conhecer a população adscrita, suas peculiaridades e contribuir para seu desenvolvimento e organização podem fazer muito pela saúde. Ao se afastar da prática de AC, o médico de Família e Comunidade deixa de explorar toda essa potencialidade na hora de ofertar e promover saúde.

Uma das hipóteses para que isso aconteça é a de que os médicos de Família e Comunidade não estão sendo formados de maneira a valorizar essa prática, quer por falhas na formação, quer por limitações do campo de prática.

Hoje, como preceptora, me inquieto com a possibilidade de estar frustrando residentes, assim como um dia me frustrei ao perceber que eu não estava envolvida nas ações de AC tanto quanto eu pensava que deveria.

Na tentativa de transformar essa frustração em ação, foi formulada a seguinte pergunta norteadora para este estudo: “Como ensinar orientação comunitária para médicos de Família e Comunidade em formação para atuar na Atenção Primária à Saúde?”

As linhas que seguem vão se organizar de maneira preparar uma base para imersão no tema durante o referencial teórico; em seguida, apresentaremos a metodologia escolhida, a apresentação e discussão dos resultados e, por fim, as considerações finais desta pesquisadora.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções e enfermidades”. Apesar da utopia dessa definição, fica claro um conceito de saúde ampliado que olha não apenas o indivíduo, mas também as formas como este se relaciona com seu entorno – em outras palavras, sua integralidade.

Mais sensata talvez seja a definição de Góis (2008, p. 19):

A saúde deve ser entendida não somente como ausência de doença, mas, principalmente, como algo positivo, um processo natural de expressão, integração e harmonização da vida em cada ser vivo, em cada espécie e em cada hábitat físico e social.

Neste trabalho, entende-se a Atenção Primária à Saúde (APS) dentro de um conceito tão abrangente quanto essas definições, referindo-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder às necessidades individuais e coletivas da população.

Sua estruturação teve início a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, com o objetivo de implementar modelos assistenciais que melhor atendessem às necessidades da população (WHO, 1978), a partir da convocação dos governos a formular políticas nacionais, estratégias e planos de ação para implementar a APS como parte de um sistema nacional de saúde integral e em coordenação com outros setores para enfrentar a determinação social, mobilizando vontade política e recursos (Giovanella *et al.*, 2019). Seu bom funcionamento está construído em cima de alguns pilares, os atributos, que serão explorados na próxima seção.

2.2 ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Barbara Starfield (2002) desenvolveu uma abordagem na qual definiu os atributos necessários para garantir uma atenção primária abrangente e alinhada aos princípios de Alma-Ata. Nessa abordagem, são definidos atributos essenciais e derivados. São atributos considerados essenciais: a prestação de serviços de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado.

O serviço de primeiro contato se refere ao papel dos serviços primários como porta de entrada para o sistema de saúde, e para que aconteça adequadamente, é necessário garantir o amplo acesso à população. A partir desse primeiro encontro, a APS faz o papel de filtro, resolvendo os problemas de sua competência e direcionando para os próximos níveis de atenção os pacientes que se qualificam para esse tipo de cuidado. Dessa forma, atua organizando e garantindo acesso, não como barreira.

A longitudinalidade é um termo usado para definir a responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação profissional/equipe/unidade de saúde-usuário ao longo da vida.

Esse atributo essencial só pode ser alcançado quando a unidade de saúde é capaz de identificar sua população adscrita, quer por meio de adscrição territorial, quer por meio de listas de pacientes. A presença de profissionais especializados em Família e Comunidade na equipe também contribui para o fortalecimento de uma relação de longo prazo, pois este é um profissional competente para atender à família em todos os ciclos de vida.

A integralidade é a capacidade que a equipe tem de olhar para o paciente de maneira multidimensional e encontrar diversos campos de atuação dentro dos limites dos profissionais de saúde.

O último dos atributos essenciais é a coordenação do cuidado, que implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, independentemente dos níveis de atenção que estejam envolvidos no cuidado do paciente.

Aos atributos essenciais, que estruturam a APS, somam-se três atributos derivados, que também qualificam os serviços de APS. São eles: a orientação familiar, a competência cultural e a orientação comunitária.

A orientação familiar se pauta no reconhecimento do contexto e funcionamento familiar que podem refletir na saúde das pessoas. A competência cultural diz respeito a reconhecer as diferentes necessidades da população e conseguir dialogar com diversos grupos. E por fim, a orientação comunitária, que conversa diretamente com a temática proposta neste estudo. Sua importância se dá por diversos motivos, sendo os principais:

- a. Permitir que os profissionais de saúde conheçam as necessidades da população adscrita, com base no contexto econômico e social em que vive.
- b. Permitir um melhor reconhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos e equipamentos disponíveis na comunidade.

- c. O envolvimento da comunidade no cuidado pressupõe também maior participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.

Segundo Giovanella e Mendonça (2012, p. 506):

Uma importante característica de uma atenção primária à saúde integral, que a diferencia das outras concepções, é a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, como discutido em Alma-Ata; o que implica atuação dirigida para a comunidade – orientação para a comunidade – para enfrentar os determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade e incentivar a participação social.

Aqui se reforça a relevância do estudo desse tema, uma vez que a partir do desenvolvimento dessa competência, os profissionais se tornam mais capazes de reconhecer a determinação social dos processos saúde-doença e se articular com a população e outros setores de política pública, superando problemas coletivos e possibilitando ações com maior efetividade e alcance. A seguir, falaremos mais sobre a Atenção Primária brasileira e sua organização.

2.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Na década de 70, ganhou força no Brasil o movimento da Reforma Sanitária. Essa reforma é resultado de um conjunto de ideias que havia em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, em busca de melhores condições de vida para a população. A partir dessas ideias, ocorreu a reestruturação da saúde no Brasil, sendo frutos dessa organização a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988).

A Constituição de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, define a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e tem um capítulo inteiro dedicado à saúde, prevendo que ela deveria ser universal, gratuita e de acesso igualitário a todos. Em 1990, baseada nesses ideais, a Lei nº 8.080 criou então o SUS (Brasil, 1990).

Seu funcionamento é pautado em três princípios doutrinários: a universalidade, a integralidade e a equidade.

A universalidade conversa diretamente com a lei orgânica da saúde, e diz que todas as pessoas, sem qualquer tipo de discriminação, devem ter direito ao acesso às ações e serviços de saúde.

A integralidade, trazendo conceitos que remetem a Alma Ata, considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Isso se dá através de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, além de pressupor a articulação intersetorial entre diferentes áreas que tenham repercussão sobre a saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Já a equidade implica “tratar desigualmente os desiguais”, oferecendo maior atenção para aqueles que mais necessitam dela, levando em consideração suas vulnerabilidades. Seu objetivo é diminuir as desigualdades, pois, apesar de todos possuírem direito de acesso aos serviços, as pessoas não são todas iguais, apresentando necessidades diferentes.

Além dos princípios doutrinários, existem os princípios organizativos para que o SUS funcione adequadamente. São eles: a regionalização e hierarquização, a descentralização e a participação popular.

A regionalização e hierarquização ditam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, voltados para determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com base numa população definida. A descentralização é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. E a participação popular é um princípio que determina que a sociedade deve participar no dia a dia do sistema e atuar formulando estratégias, controlando e avaliando a execução da política de saúde. Para tal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde.

O SUS, portanto, se construiu e se constrói a partir desses princípios em todo o país, e são eles que regulam e pautam a construção da APS brasileira e dos modelos assistenciais implementados desde então.

2.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde (MS). A ideia com esse projeto era contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna em regiões nas quais havia precariedade no acesso aos serviços de saúde. Foi nesse período que o MS percebeu a importância dos agentes comunitários nos serviços básicos de saúde e começou a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (Rosa; Labatet, 2005).

A partir dessa experiência, o PSF surgiu como uma nova proposta inspirada no êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada. Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), implementado principalmente em pequenos municípios e guardando um caráter restrito de APS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção (Giovanella; Mendonça, 2012).

Em 1996, o PSF assumiu o nome e a forma da Estratégia Saúde da Família (ESF), surgindo com o objetivo de retomar o ideal de uma APS abrangente, representando a retomada da discussão em torno do modelo de atenção a ser construído em consonância com as concepções de saúde construídas desde a reforma sanitária.

A ESF, portanto, é um modelo de organização dos serviços de APS peculiar ao SUS, inspirado em seus princípios, com base na prevenção e na promoção de saúde. Está organizada de forma substituir o olhar focal e centrado na doença, tendo o coletivo como o centro da atenção, entendendo que os indivíduos estão inseridos em uma família que, por sua vez, está inserida em uma comunidade, e que o processo de saúde-doença acontece num território determinado social e historicamente (Lopes; Dias; Caballero, 2019).

Em resumo, a ESF é o modelo de assistência adotado pela saúde pública para dar conta das necessidades de saúde da população, tendo como base os princípios da APS abrangente e do SUS. Ele usa diversas estratégias para tal, como a territorialização e adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população, o trabalho em equipes multiprofissionais e o estímulo à participação popular.

2.5 ORIGENS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Conforme a complexidade evidenciada acima, a APS precisa de profissionais capazes de executá-la em sua totalidade, sendo necessário investir em treinamento adequado. Atualmente, uma peça fundamental para esse sistema e para o funcionamento das equipes de ESF é o médico de Família e Comunidade (MFC), cuja formação tem ênfase na atuação nesse nível de atenção. Essa especialidade médica se dedica a prestar assistência, de forma integral, contínua e abrangente, às pessoas, suas famílias e comunidade (Lopes; Dias, 2019). Mas como se desenvolveu essa especialidade?

Foram Sidney e Emily Kark os pioneiros na condução de experiências de Abordagem Comunitária. Na década de 40, os médicos sul-africanos desenvolveram o primeiro serviço de APS orientado para a comunidade em áreas rurais na África do Sul. Para tal, foi necessário definir alguns critérios: escolha e caracterização de comunidade, priorização de necessidades, avaliação detalhada do problema de saúde selecionado, intervenção e avaliação dos resultados (Mullan; Epstein, 2002). Posteriormente, essa proposta de abordagem foi adaptada por Nutting e Connor (1984), passando a ser composta por quatro eixos: definir e caracterizar a comunidade; identificar os problemas de saúde da comunidade; modificar programas para abordar esses problemas; e monitorar a efetividade das modificações no programa. Os Kark também foram responsáveis pela inclusão de pessoas nativas para ajudar no trabalho, como agentes informais de saúde (Kark; Kark, 1983), profissionais que foram a inspiração para os agentes comunitários de saúde.

Após essas experiências, os Kark migraram para Israel, onde treinaram centenas de profissionais de saúde pública e epidemiologia de diversos países, o que contribuiu para a disseminação da abordagem orientada para a comunidade globalmente.

Outro pioneiro que merece ser mencionado é Murphy (1975), que adaptou para a APS muitos dos aspectos propostos pelo Movimento de Saúde Mental Comunitária. Esse movimento promovia a prevenção primária, através da identificação das necessidades populares, da continuidade do cuidado e do envolvimento multidisciplinar, levando a um cuidado integral.

A declaração de Alma Ata, da Organização Mundial da Saúde, reflete muitos dos princípios inicialmente propagados pelos Kark e compartilhados por Murphy (Brunelli *et al.*, 2021).

Foi a partir das práticas brasileiras de Atenção Primária Orientada à Comunidade, inspiradas pelos seus pioneiros, que a figura do hoje chamado “Médico de Família e Comunidade” ganhou forma.

No Brasil, as primeiras experiências dessa especialidade, ainda sem nome no período, aconteceram em 1974, a partir da implementação de um Sistema de Saúde Comunitário no Centro de Saúde Murialdo, em Porto Alegre-RS. Passado esse período experimental, em 1981, a Comissão Nacional de Residência Médica formalizou os Programas de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária, nome dado à especialidade na época (Falk, 2004).

A partir desse momento, passa-se um longo período de instabilidade até a consolidação da especialidade. Nesse período havia pouco reconhecimento, praticamente nenhum mercado de trabalho e a especialidade sofria com diversas críticas.

Em 1988, a Constituição “Cidadã” estabeleceu a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”, abrindo portas para a criação do SUS, que apoia o desenvolvimento da APS. É em 1994 que o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família. Alguns anos depois, houve uma grande expansão desse programa e de outras iniciativas voltadas à Atenção Básica em saúde, o que deu mais força para a especialidade se desenvolver.

Foi em 2001 que, após amplo debate, optou-se por finalmente chamar a especialidade de “Medicina de Família e Comunidade”, inspirada na relação que a população fazia entre o nome do Programa Saúde da Família e dos especialistas que atuavam nele, popularmente chamados na época de “Médicos de Família” (Diário..., 2018).

2.6 COMPETÊNCIAS DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Visando garantir uma formação adequada às necessidades da especialidade, em 2015, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade lançou um documento chamado “Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade” (Lermen Junior, 2015). Seu objetivo era nortear os diversos programas de residência dessa especialidade no país. Ele se organiza em áreas de conhecimento e, dentro da área de Abordagem Comunitária, esse documento considera competências esperadas para todo residente, ao fim de seu processo de formação como especialista, os seguintes tópicos:

1. Identifica os problemas e necessidades da população;
2. realiza diagnóstico situacional de saúde por meio de instrumentos de Abordagem Comunitária;
3. define prioridades para atuação da equipe;
4. realiza trabalho em grupos;
5. desenvolve ações educativas no território com vistas ao empoderamento do autocuidado em saúde;
6. planeja ações prioritárias de saúde com base no diagnóstico comunitário;
7. articula-se com rede social de apoio; promove ações intersetoriais;
8. promove controle e empoderamento social; participa de atividades de controle social.

9. conhece os fundamentos da Educação Popular em Saúde.

Esse currículo tem criação recente e seu impacto na formação dos MFCs ainda não foi amplamente estudado. Há, entretanto, diversos estudos mostrando que os profissionais da APS têm tido dificuldade de executar ações em AC de maneira efetiva na avaliação deles mesmos e dos usuários dos serviços de saúde (Araújo; Mendonça; Sousa, 2015; Gontijo *et al.*, 2017; Harzheim *et al.*, 2016; Silva; Fracolli, 2016).

A exposição e a prática de ações de Abordagem Comunitária mostram-se então essenciais para a formação de médicos mais capazes de desempenhar o atributo de Abordagem Comunitária na APS, melhorando assim a qualidade dos serviços prestados e a promoção da saúde na população.

Antes de seguirmos com mais explicações sobre AC, começaremos pela breve discussão de alguns conceitos-chave: território, comunidade e favela.

2.7 TERRITÓRIO

No Brasil, a territorialização é um pressuposto básico da Estratégia Saúde da Família. Por serem complexas as questões que envolvem a saúde, a doença, a vigilância e a organização da rede de serviços de saúde, é necessário um aprofundamento nesse conceito que à primeira vista pode parecer simples, mas que se complexifica a cada olhar.

Território é um termo que nasce na Geografia, mas que é usado por distintos campos de conhecimento (Sociologia, Filosofia, Política, Planejamento, entre outros) e em cada um deles pode ser entendido de diferentes formas. Tentaremos, portanto, focar nas formas como o termo é usado no campo da saúde.

O conceito e uso de território mais comuns são no sentido de delimitação física. No campo da saúde, seu uso seria na demarcação na área de cobertura do serviço de saúde e adscrição de clientela (Gondim; Monken, 2017). Embora essa seja uma delimitação administrativa, é preciso lembrar que dentro desse território físico existem vários elementos que diferenciam a forma como se faz uso desse espaço, e a interação entre eles determina o chamado "território vivo".

Um segundo conceito, portanto, é o de território vivo, que segundo Milton Santos (1999) é um lugar com limites definidos onde as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem. Dele fazem parte ambientes construídos e ambientes naturais. É, sobretudo, um espaço de relações de poder, informações e trocas.

Essa definição dialoga com o princípio da integralidade sobre o qual se estruturaram a APS e o SUS. É a partir da interação entre os seres vivos e o território que a vida acontece, e é necessário um olhar multidimensional para que haja compreensão não só do processo saúde-doença, mas também para identificar formas de organizar serviços e ações que sejam efetivos no enfrentamento dos problemas da população.

O território possui diferentes dimensões ou formas de uso, e para entender como a saúde e a doença se dão nesses espaços, é necessário observar nas dimensões jurídico-política, social, ambiental, cultural, econômica e subjetiva. Essas dimensões condicionam a dinâmica da população e sua interação com objetos geográficos que interferem em situações de saúde e doença (Monken; Gondim, 2016).

Outro conceito-chave para o entendimento do território são as relações de poder, pois representam a possibilidade de impor vontades para outras pessoas, grupos ou instituições. Em determinado espaço geográfico, a população, assim como organizações, exerce seu poder de ação de acordo com seus planos e projetos e com sua capacidade de fazer com que as coisas aconteçam no território em questão (Gondim *et al.*, 2008). É necessário levar em consideração que, além de espaço de poder, o mesmo território pode ser também espaço de exclusão.

Levando em consideração a complexidade de se olhar para um território que é dinâmico e sujeito a tantas variáveis, pode-se dizer que o principal desafio no uso do território para o MFC e para a ESF está em não mais olhar para o território apenas como uma área político-administrativa de ação em saúde e desenvolver a habilidade de usar esse espaço para a compreensão da dinâmica interna dos territórios.

É importante lembrar que a ideia aqui não é uma completa apreensão da realidade, pois isso é impossível, mas uma aproximação da dinâmica do território, fundamental para a organização e atuação efetiva dos serviços.

Alvarenga e Martins (2010) ponderam sobre a dificuldade dos médicos do Programa Saúde da Família, predecessor da Estratégia Saúde da Família, de trabalharem com esse território:

A enorme contradição entre as propostas do programa e o cotidiano do PSF revela uma crise vivenciada pelos profissionais médicos que, na dimensão subjetiva da relação com o outro, se veem sujeitos de uma reflexão compartilhada de problemas cujas soluções não estão no domínio de seus saberes e práticas. Não existem instrumentos no PSF para facilitar o diálogo entre as necessidades que vêm dos usuários e os profissionais sendo que entendê-los requer uma formação profissional que facilite a compreensão do adoecer, além dos limites biológicos e sociais para um

entendimento que vem do território, porque o sujeito individual está referido ao seu grupo. (Alvarenga; Martins, 2010, p. 33).

Nesse trecho, fica destacado que há uma falha na capacitação de profissionais em atuar sob uma ótica que vá além do biológico e que aborde também questões psicossociais. É necessário instrumentalizar os profissionais visando contemplar esse tipo de abordagem.

2.8 DE QUE COMUNIDADE ESTAMOS FALANDO?

Comunidade vem do latim *communitas*, “comunidade, companheirismo” e de *communis*, “comum, geral, compartilhado por muitos, público”. Por muito tempo, o conceito de comunidade ficou restrito a esta ideia: um grupo de pessoas que reside em uma mesma área geográfica, compartilhando um modo de vida e uma cultura.

Tonnies, Weber e Simmel, fundadores da sociologia alemã, foram os primeiros pensadores a se debruçar sobre o conceito de comunidade. A partir de seus estudos, fica a comunidade definida como o lugar do afeto, das relações primárias, da tradição, da partilha de interesses e de território comum. Esse conceito se contrapõe ao que definiram como sociedade, que seria marcada pela racionalidade, pelas relações secundárias, do pouco contato face a face e com fins econômicos (Oberg, 2018).

Essa visão, no entanto, é romantizada e acaba por levar a um apagamento dos indivíduos que compõem essas comunidades. Para contrapor essa visão dicotômica e passiva, desde a década de 70, a psicologia social vem lançando um novo olhar sobre o conceito de comunidade para que ele seja estudado em contexto, a partir dos sentidos que produz. Esse rompimento se deu sobretudo pela aproximação das práticas com as comunidades populares e periferias, e da necessidade de ampliar o olhar para alcançar esses espaços.

Nesse sentido, Rocha e Kastrup (2008), baseadas em Deleuze e Guattari (cujas ideias serão mais exploradas na seção Metodologia), trazem uma nova visão de comunidade sustentada por seres singulares e seus encontros como uma forma de se opor à visão anterior, feita do apagamento das individualidades e da homogeneização. A singularidade expressa na ideia de comum ocorre na formação de um espaço cooperativo, no qual as peculiaridades possam se encontrar e, juntas, apostar na construção de um território.

A partir dessa visão, a comunidade seria então composta não mais pelo que gera identificação, mas pelo conjunto das singularidades que juntas compõem algo em comum.

Aquilo que supostamente se perdeu da “comunidade”, aquela comunhão, unidade, co-pertinência, é essa perda que é precisamente constitutiva da comunidade. Em

outros termos, e da maneira mais paradoxal, a comunidade só é pensável enquanto negação da fusão, da homogeneidade, da identidade consigo mesma. A comunidade tem por condição precisamente a heterogeneidade, a pluralidade, a distância. [...] a comunidade, na contramão do sonho fusional, é feita da interrupção, fragmentação, suspense, é feita dos seres singulares e seus encontros. Daí porque a própria ideia de laço social que se insinua na reflexão sobre a comunidade é artificiosa, pois elide precisamente esse entre. Comunidade como o compartilhamento de uma separação dada pela singularidade (Pelbart, 2003).

Com isso, a comunidade deixa de ser apenas uma questão de identificação e passa a ser um lugar de composição do comum, pela formação de redes solidárias e cooperativas, onde as singularidades juntas se encontram e assumem a confecção de um território, não por serem indivíduos semelhantes, mas por serem ambos atravessados pelo mesmo plano de forças moventes (Negri, 2005).

Assim como Oberg (2018) propõe, em nosso estudo é interessante desnaturalizar e complexificar o olhar sobre o conceito de comunidade, pois não há uma essência comunitária universal. A tentativa de homogeneizar a comunidade, em vez de aproximar, promove maior distanciamento entre os profissionais e a população com que trabalhamos, majoritariamente moradora das periferias.

Além disso, é importante olhar para o potencial micropolítico que há nas relações comunitárias. Dentro de uma aparente homogeneização da comunidade, está escondida a micropolítica das relações entre as partes que a compõem, que podem se articular a favor ou de maneira contrária às macropolíticas vigentes, sendo capaz de gerar um movimento de (sub)versão potencialmente transformador da realidade, a partir da vivência dos não dominantes. No próximo tópico, falaremos sobre Canudos, um exemplo disso.

2.9 FAVELA É COMUNIDADE?

No dicionário Oxford (2022), o termo “favela” tem três definições: duas botânicas e uma popular. Na botânica, a favela é um arbusto ou árvore comum do Brasil, de ramos lenhosos, folhas sinuosas e denteadas, flores brancas. Também pode ser chamada de faveleira, faveleiro ou mandioca-brava. Seu fruto recebe o mesmo nome, favela.

No Brasil, popularizou-se um outro uso para essa palavra, que vem sendo empregada para se referir a áreas urbanas caracterizadas por moradias precárias e infraestrutura de urbanização geralmente deficitária. Ao me deparar com tal informação, me perguntei se haveria alguma relação entre a planta e as favelas.

Canudos foi um movimento sociorreligioso insurgente no sertão da Bahia, liderado por Antônio Conselheiro. O sertão nordestino, no final do século XIX, era dominado por coronéis e latifúndios improdutivos, e grande parte da população era atravessada pela pobreza, pela fome, pelo desemprego e pela falta de perspectiva.

Ao ouvirem a pregação de Antônio Conselheiro, um líder que não se alinhava com o poder central exercido, se uniram a ele e sua proposta de uma comunidade autossuficiente e não mais dependente das estruturas de poder vigentes na época. Esse ideal atraiu cada vez mais pessoas para Canudos, que no seu auge chegou a uma população de aproximadamente 25.000 pessoas que tentavam fugir da pobreza.

O governo, descontente com o surgimento de uma comunidade desconectada dos meios de controle vigentes, decidiu conter o movimento, enviando tropas para o local com o objetivo de desmontar a organização dos sertanejos. Após muita resistência, a república consegue vencer o movimento que havia se iniciado em Canudos.

Quando os soldados retornaram da missão de desmontar Canudos, eles se dirigiram para o Rio de Janeiro, capital do país, o que para os governantes se tornou um problema, pois a cidade passava por um grave problema habitacional. A alternativa encontrada pelas autoridades foi permitir que se instalassem provisoriamente nos morros centrais da cidade, até então não ocupados. Ao chegarem ao Morro da Providência, em 1897, os praças, em alusão ao Morro da Favela que havia no arraial de Canudos, passaram a chamá-lo com o mesmo nome: Morro da Favela (Santos de Souza, 2017) e essa teria sido a origem da primeira favela carioca.

Nesse mesmo período, também se dirigiram para ocupar os morros os habitantes pobres de cortiços e casarões antigos que foram desapropriados durante o governo de Pereira Passos. Entre eles, havia muitas pessoas recém-libertas da escravidão que passavam por dificuldades para sobreviver, devido à falta de proposição de medidas para sua inserção na sociedade e imigrantes estrangeiros pobres.

Os morros, a partir desse momento, por esses e outros motivos, passaram a se organizar a partir da exclusão dos mais pobres, e o termo “favela” virou substantivo para designar morro, periferia e zonas de exclusão.

É interessante observar que a mesma exclusão que organizou Canudos foi também a origem da ocupação das agora chamadas “favelas”. Em outras palavras, e traçando um paralelo com o dito no tópico anterior sobre comunidade, Canudos era composta por pessoas cuja conexão estava nos atravessamentos aos quais estavam sujeitas (marcadamente, religião,

fome, seca e pobreza). Dentro de sua exclusão, elas encontraram um território para construir uma comunidade, com a intenção de criar novas formas de viver através de uma subversão da realidade local.

Nesse sentido, talvez seja possível chamar favela de comunidade se abandonarmos o olhar naturalizante do termo, e não mais simplificar e homogeneizar os indivíduos que dela fazem parte. A ótica correta de comunidade, neste caso, seria a de um conjunto de habitantes com diferentes histórias e construções, atravessados por planos comuns que os afetam e os levam a compor redes de cooperação uns com os outros.

Portanto, nessa visão, favela é comunidade. Mas comunidade é favela? Em seu texto *Favela é Comunidade?* Patrícia Birman (2022) também propõe discussões pertinentes sobre o uso do termo “comunidade” como substitutivo para favela, e quais seriam as intenções por trás dessa troca.

A primeira seria o eufemismo: se entendermos que o termo “favela” pode ser estigmatizante, a troca pelo termo “comunidade” pode ser observada como cortesia mas também pode acabar sendo vista como normalizador de uma situação não ideal, pois não afronta esse estigma.

A segunda intenção é aquela que visa explorar os sentidos positivos associados à tradicionalidade que seria própria à cultura da população favelada, contrapondo a “favela”, lugar disruptivo e violento, à “comunidade”, lugar da harmonia e de projetos civilizacionais. O discurso de valorização da favela como "comunidade", no entanto, também é questionável, pois protege apenas uma parcela da população favelada e não questiona os fundamentos segregadores da política de criminalização.

A terceira se refere à relação dos habitantes com os locais e experiências próprias de quem nasce e compartilha aquele espaço, sendo usado o termo “comunidade” para descrever um local em que as experiências pessoais significativas se constroem através das trocas. É real que espaços e vivências compartilhadas podem ser fundamentais para estabelecer certos sentidos de comunidade entre aqueles que os viveram, mas dificilmente é possível, a partir disso, estabelecer uma identidade positiva comum aos olhos de quem não está incluído nessa realidade. Num nível macro, essa expressão acaba por levar a generalizações que também não contribuem para combater o estigma.

A crítica ao uso do termo “comunidade” em substituição a “favela” se dá, portanto, pelo fato de o uso de uma expressão ou outra não ser capaz de superar as visões estigmatizantes que incidem sobre esses espaços e seus habitantes. Na verdade, tanto faz o

termo utilizado, pois, no fundo, ambas podem trazer impressões positivas ou negativas da vida nesses locais. O que de fato se faz necessário é um novo olhar e abordagem para esses espaços. Apenas dessa forma, os usos de um ou outro termo não mais serão uma forma de exclusão do morador de comunidade/favela/periferia como habitante da cidade.

2.10 ABORDAGEM COMUNITÁRIA NA PRÁTICA DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Recentemente, Brunelli *et al.* (2021) publicaram um artigo na *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, sobre orientação comunitária e como esse atributo vem sendo desenvolvido no Brasil e no mundo. Suas conclusões mostraram que, apesar de sua base conceitual sólida desde Nutting e os Karks, a Abordagem Comunitária ainda é pouco praticada e existem muitas definições diferentes do que seria um serviço de atenção primária orientado para a clínica. A ideia comum entre essas definições é a de que se trata de uma abordagem que utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para atender às necessidades específicas da saúde de uma população definida (Starfield, 2002). Além disso, o artigo traz um olhar voltado para a forma como os serviços dedicados à orientação comunitária estão sendo avaliados e, em sua maioria, essa avaliação é ruim, o que demonstra que há falhas em seu desenvolvimento. Esse cenário possivelmente é um reflexo do pouco preparo que os profissionais da APS recebem para atuar em relação às suas comunidades.

São poucas as publicações sobre o assunto e a maioria dos trabalhos não define o termo “comunidade” e, conseqüentemente, o que se considera AC, deixando essa interpretação em aberto. Provavelmente, isso se dá devido à superficialidade com a qual a maioria dos profissionais trabalham o tema. Para muitos, suas comunidades são definidas apenas como um conjunto de pessoas e famílias, que habitam um dado território cuja responsabilidade sanitária está adscrita à sua unidade básica de saúde. Tão superficial quanto essa noção, são as propostas que fazem para os problemas que diagnosticam e para os quais propõem soluções. O problema é que esses profissionais, na maioria das vezes, pouco entendem da realidade de seus pacientes e isso leva a uma baixa adesão às propostas (Silva; Simon, 2005).

Trabalhar com AC pressupõe ir além da abordagem fragmentada ensinada e praticada na medicina sob a influência do Relatório Flexner e entrar em um campo complexo. A prática

de AC presume assumir um olhar integral sobre os pacientes, famílias e comunidade, capaz de compreender a relevância de questões sociais e econômicas nos processos de saúde e adoecimento, ao mesmo tempo que estimula o envolvimento das pessoas e das comunidades nos processos de tomada de decisão e definição das prioridades para as equipes e serviços de saúde (Franceschini; Sampaio; Franceschini, 2017).

Para vencer essa distância entre profissionais e comunidades, a AC deve acontecer através da criação de espaços de diálogo para trocas de informações e experiências com a população, trabalhando através do estabelecimento de relações entre pacientes e profissionais que permitam vivenciar a realidade cotidiana de pessoas, famílias e comunidades envolvidas (Franceschini; Sampaio; Franceschini, 2017). Essa aproximação objetiva a proposição de ações mais adequadas às necessidades locais.

A AC é processo e, como tal, ininterrupto. Para sua prática, não existe uma única metodologia proposta, mas há uma série de instrumentos e ferramentas desenvolvidos que podem auxiliar nesse processo, que se propõe a acompanhar comunidades em sua dinâmica viva e, portanto, mutável (Ribeiro *et al.*, 2010). São alguns exemplos: a observação direta, o levantamento de dados sobre a área, o estudo de demanda, a comunicação com a comunidade, o perfil histórico da comunidade, os grupos, as visitas domiciliares, o mapeamento e o diagnóstico comunitário.

2.11 ENSINO DE ABORDAGEM COMUNITÁRIA: O QUE JÁ ESTÁ DOCUMENTADO

Em janeiro de 2022, com o intuito de fazer um levantamento de experiências de ensino de Abordagem Comunitária, realizamos uma busca nas bases de dados da Scielo (Scientific Electronic Library Online) e na PubMed/MEDLINE, da National Library of Medicine, com os descritores da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Educação Médica” (em inglês, “Primary Health Care” e “Medical Education”, respectivamente). O terceiro descritor foi utilizado de maneira não padronizada, pois o termo “Orientação Comunitária”, em inglês “Community Orientation”, não pertence à lista da BVS, nem possui termo similar que possa ser utilizado em substituição.

Os critérios de inclusão foram a presença de títulos que apresentassem termos relacionados a ensino e orientação comunitária para residentes médicos. Foram excluídos artigos cujo foco eram estudantes de graduação e textos que focaram em temas não relacionados ao desenvolvimento de habilidades de orientação comunitária. Além disso,

foram excluídos artigos nos quais figuravam especialidades médicas que não a MFC. No final, restaram apenas 11 artigos, todos internacionais. A seguir, comento alguns achados relevantes dessa busca para nosso estudo.

Em 2006, Dobbie *et al.* (2006) também realizaram uma revisão da literatura sobre avaliação e resultados do ensino de atenção primária orientada à comunidade (APOC) nas residências médicas e, na ocasião, encontraram uma escassez de artigos com evidências de baixa qualidade. Na pesquisa que realizamos, o resultado foi similar, mesmo com um intervalo de 16 anos, reforçando a dificuldade que existe na produção de artigos com a temática do ensino de Abordagem Comunitária.

Nos poucos artigos encontrados, não há uma metodologia padronizada sugerida, e cada programa aplica diferentes abordagens e metodologias para seu desenvolvimento. Entre as barreiras que dificultam a ampla disseminação do ensino e prática da APOC, foram citadas o tempo curricular limitado, a falta de experiência de preceptores e professores em AC, parcerias comunitária inadequadas, falta de recursos e a dificuldade de fazer uma avaliação adequada do processo de ensino (Dobbie *et al.*, 2006; Lochner *et al.*, 2018; Longlett *et al.*, 2001).

A limitação de materiais e pesquisas sobre temas vinculados ao ensino de APOC é internacional, mas chama a atenção que nenhum deles tenha sido produzido no Brasil. A ESF apresenta características bastante propícias para essa abordagem, e a falta de publicações sobre o tema mostra que, ou esse potencial não vem sendo trabalhado, ou não vem sendo divulgado no meio científico. Considerando que a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e as residências em Medicina de Família e Comunidade brasileiras incluem temas de Abordagem Comunitária nas competências esperadas dos profissionais dessa área, é importante que mais material sobre o tema seja desenvolvido.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Refletir sobre Abordagem Comunitária e sobre o processo de ensino-aprendizagem da Abordagem Comunitária na Residência em Medicina de Família e Comunidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São objetivos específicos:

- Relatar experiências de ensino-aprendizagem de Abordagem Comunitária, segundo o olhar dos residentes em Medicina de Família e Comunidade.
- Identificar os caminhos metodológicos de ensino-aprendizagem utilizados na Abordagem Comunitária.
- Estabelecer relações entre as experiências de ensino-aprendizagem relatadas e os caminhos metodológicos utilizados.

4 DO MÉTODO

4.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Aqui me pego pensando por onde começar. Como estudar um tema que envolve tantas variáveis? Como abordar temas para os quais faltam definições precisas? Como dar conta de espremer o ensino de uma temática tão ampla em apenas dois anos de formação, em meio a tantas outras exigências curriculares? Ao mesmo tempo que me julgo ambiciosa na escolha do tema, sigo com vontade de me debruçar sobre um assunto tão pouco abordado.

Na busca por uma resposta satisfatória, cheguei a projetar a ideia de que a resposta seria objetiva e mecânica, feita através de um encadeamento de instrumentos e cronogramas que dariam conta de uma introdução mínima ao tema. A voz da razão, sob a forma da minha orientação, questionou se de fato eu acreditava ser isso possível e sugeri que eu começasse minha trajetória a partir da seguinte pergunta: “O que é ciência?”.

Começemos por aqui, então. A base da ciência moderna tem sua origem metodológica inspirada no modelo cartesiano, que separa a filosofia da ciência, e que divide cada problema encontrado em pequenas partes para melhor resolvê-lo (Descartes, 2002). Essa ciência também nos ensinou a necessidade do passo a passo, da generalização, da objetividade, do controle e da neutralidade. Construiu-se, portanto, uma ciência de verdades absolutas e baseada em fenômenos observáveis e previsíveis.

Esse tipo de pensamento científico, que surgiu com o objetivo de conhecer melhor o mundo, e com isso melhorar as vidas humanas, por muito tempo pareceu ser suficiente, mas acabou não se provando universal para todos os objetos de pesquisa. É principalmente nos fenômenos complexos que ele se mostra incapaz de trazer respostas, pois estas envolvem múltiplos fatores que exigem um olhar interdisciplinar e detalhado.

A partir da percepção dessa limitação, na segunda metade do século XX¹ e em paralelo ao Positivismo que servia de base para as pesquisas até então, surgiram novos movimentos filosóficos que sustentam visões de mundo mais existenciais, que valorizam a vivência e a percepção que o ser humano tem de suas experiências. A partir de então, o conhecimento científico se alia ao método fenomenológico como recurso para investigação da vivência do sujeito através da consciência, em associação com o existencialismo, que propaga

¹ É importante ressaltar que nesse trecho a autora se valeu de um salto histórico, mas reforço que a intenção não foi ignorar as outras formas de pensamento que se desenvolveram entre esses períodos, mas sim de evidenciar o contraste entre os períodos mencionados.

a subjetividade e a atribuição de significados como a verdadeira essência da existência (Romagnoli, 2009).

Dessa combinação, surgem as pesquisas qualitativas que visam ao aprofundamento no mundo dos significados das ações e relações humanas, através da interpretação dos fenômenos, buscando vivências, experiências e cotidianidade. Com isso, rompe-se com a necessidade de produzir conhecimento copiando os caminhos das ciências naturais e inicia-se a busca por uma nova trajetória baseada em novas formas de pensamento filosófico e científico.

Esta pesquisa propõe um aprofundamento no processo ensino-aprendizagem da Abordagem Comunitária com residentes e, dentro dessa proposta, serão abordados temas complexos relacionados a comunidade, favela e educação, sendo necessário um olhar multidisciplinar que leve em conta questões sociais, políticas, econômicas e históricas. Portanto, aqui se justifica a escolha por um método de estudo qualitativo.

Segundo Morin (2001), o conhecimento não é um espelho das coisas ou do mundo, mas a tradução e reconstrução cerebral com base nos estímulos captados pelos sentidos. Nesse caso, a complexidade não deve ser vista como uma receita ou uma resposta, mas sim como uma motivação para o pensar, sendo impossível conhecer o todo sem conhecer as partes, nem conhecer as partes sem ter conhecimento do todo.

Partimos então para o seguinte questionamento: seriam as representações da realidade passíveis de explicação científica?

A resposta é “sim”, se quem pergunta levar em conta que não existe verdade absoluta, uma vez que as explicações científicas não são um mero produto das observações empíricas, mas projeções do espírito humano e de sua imaginação criativa, sendo profundamente influenciadas pela cultura e ideologia do pesquisador (Koche, 1997).

Não havendo uma única forma de se fazer ciência, surgem novas propostas metodológicas, entre elas a cartografia, inspirada nos pensamentos de Deleuze e Guattari, que apresentam em sua obra uma concepção do campo social que nega análises binárias e dicotomizadas da relação sujeito e mundo (Cintra *et al.*, 2017). Negando a existência de uma única verdade ou realidade, a cartografia se propõe a estudar o mundo através de pistas, que serão úteis no desenvolver deste estudo.

4.2 MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO CARTOGRÁFICO

Segundo o IBGE (1999), a cartografia tradicional volta-se como arte, técnica e ciência, à elaboração de mapas, cartas e outras formas de expressão ou representação de objetos, fenômenos e ambientes físicos e socioeconômicos, em uma tentativa do homem de conhecer o mundo que habita. Em um atlas de geografia escolar, aprendemos que um mesmo mapa pode ser traçado de diversas formas, dependendo do que se pretende estudar: fronteiras, recursos naturais, povos nativos, produção agrícola, clima, relevo...

A cartografia como proposta metodológica também se propõe a fazer mapas, porém sem fronteiras rígidas. Na obra de Deleuze e Guattari, baseada nos princípios de esquizoanálise, se reconstruem as noções de inconsciente e subjetividade, possibilitando o mapeamento de paisagens psicossociais, o mergulho na geografia dos afetos, dos movimentos e das intensidades (Martines; Machado; Colvero, 2013).

Esses mapas se traçam a partir do acompanhamento de processos e podem percorrer os mais diversos caminhos, pois não há um único caminho a ser seguido, visto que não há uma única verdade ou realidade que nos conduza. São inúmeros os processos de produção de realidade e os traçados percorrem um caminho singular, mas não único.

A primeira coisa a se destacar é que não há busca por neutralidade nesse processo. Não é possível isolar sujeito e objeto, pois não há objetividade pura, desvinculada da subjetividade humana. É impossível pesquisar sem se estar implicado com o tema. Na minha experiência, foi exatamente essa implicação com o tema que me fez querer me aprofundar na temática de ensino e AC, e é impossível me desvincular disso.

Também merece ser dito que a realidade não se sustenta como processo único, não sendo um lugar, mas um processo de composições plurais a tramarem mundos, nos quais os significados são transitórios. Este estudo, portanto, não pretende gerar respostas definitivas ao tema estudado, mas gerar reflexão e novas propostas que levem em conta a experiência desta pesquisadora e de seus objetos.

Aqui sinto a necessidade de explicar o conceito de rizoma, presente na obra *Mil Platôs* (Deleuze; Guattari, 1995). Inspirado na botânica, o conceito de rizoma se refere a seguir linhas com trajetórias diversificadas que se emaranham na construção de tramas cujos trajetos são ativados/abortados no processo vivo e maquínico de composições, rupturas e alianças. Essas linhas possuem formas e intensidades diversas (podem ser biológicas, políticas, históricas, econômicas...) e se engendram em movimentos que traçam um mapa de intensidade e afetos no corpo de territórios existenciais (Simonini, 2019).

A pesquisa cartográfica se faz, portanto, no acompanhamento de processos, e não na representação de objetos (Barros; Kastrup, 2020), e os estudos seriam a representação de uma das realidades possíveis, que se dá a partir do ponto de vista da pesquisadora.

Esse pensar metodológico coloca a cartografia como um método que possibilita o estudo de objetos de caráter mais subjetivo, através da habitação de diferentes territórios pelo pesquisador. Na perspectiva de transformar para conhecer, sujeito e objeto estão juntos na mesma experiência e o conhecimento é tido como criação, sendo a pesquisa tida como intervenção (Cintra *et al.*, 2017). A cartografia, portanto, segundo Passos e Barros(2020, p.17):

É um método de pesquisa-intervenção que pressupõe uma orientação do trabalho do pesquisador que não se faz de modo prescritivo, por regras já prontas, nem com objetivos previamente estabelecidos. [...] O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional de método – não mais um caminhar para alcançar metas prefixadas (metá-hódos), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas.

Assim, diferentemente dos métodos tradicionais, que defendem a neutralidade e o distanciamento entre pesquisador e objeto, a cartografia propõe uma pesquisa-intervenção, pautando-se na inseparabilidade entre o conhecer e o fazer, entre o pesquisar e o intervir (Passos; Barros, 2020).

4.3 INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS

O significativo em uma pesquisa de intenção cartográfica, portanto, não é o instrumental metodológico em si, mas o abraçar de uma perspectiva ético-estética de assumir a realidade como malha rizomática imanente ao viver (Simonini, 2019).

Após a explanação na seção anterior, aqui se resume que esta pesquisa se assume no campo da investigação qualitativa, realizada a partir da concepção da cartografia e, portanto, trata-se de uma pesquisa-intervenção.

A proposta foi instrumentalizá-la através de observações participantes e entrevistas compreensivas, sendo a primeira feita do não dito, mas visto e captado pelo observador atento; e a segunda se desenvolve a partir do expresso e falado por interlocutores (Minayo, 2021).

A observação participante, segundo Minayo (2021), pode ser definida como um processo pelo qual o pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. Ir a campo, estar entre os residentes, viver

as experiências e as descobertas com eles é uma forma de captar como essas experiências chegam até eles. A inserção do pesquisador no grupo observado busca sentir o que significa estar naquela situação, unindo objeto e contexto e vendo-os interagir (Queiroz *et al.*, 2007). É nesse experimento que teoria e prática se unem.

Vale dizer que a pesquisadora não busca a neutralidade fazendo parte desse contexto observado, modificando-o e sendo modificada ao longo do processo. No entanto, para realmente conseguir ouvir as vozes dos residentes, foram necessárias também entrevistas, de forma a alcançar maior aprofundamento na vivência e significação dessas experiências de aprendizado em AC para eles.

Entrevista é um método de coleta de dados que permite ao pesquisador ouvir de determinado grupo suas percepções sobre a temática estudada. Dentro do que foi proposto até aqui, deixaremos que os rumos da pesquisa ditem nosso destino, e por esse motivo escolhi a técnica da entrevista compreensiva.

A entrevista compreensiva trabalha com a recolha de dados que articula formas tradicionais de entrevista semidiretiva com técnicas de entrevista de natureza mais etnográfica (Ferreira, 2014). A escolha por esse formato se deu para que os participantes se sintam à vontade para desenvolver livremente reflexões sobre o tema, de forma que, mesmo sem que percebam, construam o conteúdo dessa pesquisa junto com a pesquisadora.

A opção por essa técnica de entrevista está em consonância com a escolha por um método cartográfico de pesquisa que traça as metas ao longo do caminhar, uma vez que propõe “inverter as fases da construção do objeto: a pesquisa de campo não é mais uma instância de verificação de uma problemática preestabelecida mas o ponto de partida dessa problematização” (Kauffman, 2013).

A entrevista compreensiva e a observação participante também andam juntas, na medida em que se entende que a relação entre elas é inseparável. A entrevista se escora em recursos cuja função é complementar informações e ampliar os ângulos de observação e a condição de produção de dados, não havendo separação clara entre elas. Além disso, a entrevista é uma ferramenta útil para quem deseja perceber a coerência entre práticas e opiniões, explicitando de forma mais clara a relação do entrevistado com o tema de estudo (Zago, 2003).

4.4 CENÁRIO DA PESQUISA

Escolhi trabalhar com os residentes de Medicina e Família e Comunidade da Clínica da Família Assis Valente, parte do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PRMFC-SMS/RJ), localizada no bairro do Galeão, Ilha do Governador, zona norte do Rio de Janeiro.

Hoje, o município do Rio de Janeiro é a segunda cidade mais populosa do Brasil e tem 22% de sua população vivendo em favelas. As Clínicas da Família, também conhecidas como Unidades Básicas de Saúde em outros locais, estão distribuídas por todo esse território e fazem a cobertura de 77,8% da população residente no município (Brasil/MS, 2021). Essas unidades são estabelecimentos públicos que oferecem, através do trabalho de equipes multiprofissionais, serviços de prevenção, promoção e atendimento em saúde. Elas estão organizadas de maneira regionalizada, com o objetivo de dar assistência à população que vive no entorno da unidade.

No início da sua expansão em 2010, as Clínicas da Família foram instaladas em áreas de vazio assistencial e a partir delas foram se expandindo. Com o PRMFC sendo fundado logo em seguida, em 2011, muitas dessas clínicas, localizadas em áreas menos desenvolvidas e vulneráveis da cidade, se tornaram campo de prática para os residentes de MFC no município do Rio de Janeiro.

Portanto, o cenário no qual se desenvolve este estudo, um bairro periférico e menos desenvolvido da cidade, onde predomina uma população de classe média-baixa e de favela com uma vulnerabilidade considerável, não difere muito de outras Clínicas da Família, também ocupadas pela residência médica, uma situação complexa e frequente na atuação do médico de Família e Comunidade, o que o torna relevante.

A Clínica da Família Assis Valente está localizada no Bairro do Galeão, na zona norte do município do Rio de Janeiro, que possui 22.971 habitantes (IBGE, 2012) que são assistidos pelas sete equipes da Estratégia Saúde da Família da unidade. Além da população que ali vive, majoritariamente em favelas, a unidade também é responsável pelo cuidado de um complexo composto por oito unidades do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE), um órgão do Governo do Estado do Rio de Janeiro que executa as medidas judiciais aplicadas aos adolescentes em conflito com a lei, e também o Complexo de Abrigos Stella Mari, que acolhe pessoas em vulnerabilidade social.

A opção pela pesquisa acontecer nessa unidade específica decorre do vínculo já longamente estabelecido entre a pesquisadora, a unidade e a comunidade assistida. Isso tornou

possível uma análise mais rica da interação entre esta e os residentes, reduzindo também o tempo de ambientação que seria necessário se a escolha fosse por outro local.

Também pesou para essa escolha o fato de essa ser uma unidade que faz parte do PRMFC-RJ há 12 anos, onde atuam hoje sete preceptores e 14 residentes, metade deles no primeiro ano e a outra metade no segundo ano de residência. Devido ao tempo em que a residência médica existe no local, seu vínculo com o território já está bem estabelecido e a comunidade reconhece o serviço como uma “unidade-escola”.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa recebeu a anuência da unidade de saúde em que foi realizada e do PRMFC/SMS-Rio (Anexos 1 e 2), aos quais os residentes são vinculados. Foi desenvolvida conforme as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS número 466/12, que disciplina a pesquisa com seres humanos. Foi aprovada nos comitês de ética em pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, sob o parecer número 65632922.5.0000.5240, e da SMS/RJ, sob o parecer 65632922.5.3001.5279.

4.6 APRESENTAÇÃO DE PESQUISA AOS PARTICIPANTES

Foram convidados a participar do estudo todos os 14 residentes médicos da Clínica da Família Assis Valente.

No início da manhã, os residentes costumam se reunir no Centro de Estudos da unidade de saúde. Em uma dessas manhãs, antes do início de suas atividades habituais, a pesquisa foi apresentada a eles, tendo sido feita a leitura coletiva do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Este foi assinado por aqueles interessados em participar voluntariamente do estudo, reforçando-se, ainda, a não obrigatoriedade de sua participação no estudo.

4.7 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação participante se deu em diversos momentos de atuação do residente, como atividades de territorialização, visitas domiciliares, atividades de grupos, PSE e reuniões do colegiado gestor.

Como alguns atendimentos domiciliares foram acompanhados, nessas situações alguns pacientes foram observados durante o ato médico; para tal, foi elaborado também um TCLE para os mesmos (Apêndice 2). Na elaboração desse documento, optei pelo uso de uma linguagem adequada para qualquer que fosse o nível de instrução dos pacientes assistidos, uma vez que esse não foi pré-definido. Além disso, esse termo era sucinto, mas completo, de modo a minimizar a interferência na atividade na visita domiciliar do residente.

No campo, os registros importantes aconteciam em um bloco de notas e, no máximo 48 horas, eram registrados em diário de campo, de forma a permitir posterior revisitação e análise das experiências.

4.8 ENTREVISTAS COMPREENSIVAS

Os residentes foram entrevistados individualmente, em um dia posterior ao momento em que foram acompanhados em suas atividades de campo.

O roteiro inicialmente pensado para guiar as entrevistas foi o seguinte:

- O que você considera Abordagem Comunitária?
- Como você se sente realizando atividades de Abordagem Comunitária na sua residência?
- Como é, para você, sair do consultório e ir para a comunidade?
- Você acredita que conhecer mais sobre a comunidade em que você atua pode influenciar a sua prática?
- Mais especificamente, você acredita que trabalhar com Abordagem Comunitária num território de favela modifica sua prática?
- Como você percebe ser o ensino da Abordagem Comunitária na sua residência?
- O que você deixa e o que você leva da experiência de ensino-aprendizagem da Abordagem Comunitária na sua residência?

Esse roteiro também pode ser visualizado no Apêndice 3. Vale lembrar que o roteiro serviu de base para as entrevistas, mas não limitou a pesquisadora ao uso dessas perguntas em sua formulação escrita original, nem a apenas usar as questões previamente planejadas.

Essas entrevistas duraram aproximadamente 30 minutos e seus áudios foram gravados e posteriormente transcritos e analisados pela própria pesquisadora.

4.9 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise nesse tipo de pesquisa é processual, uma vez que é preciso haver uma conexão com os problemas de pesquisa, não existindo um padrão metodológico que determine essa conexão. Para a escolha dos procedimentos de análise, foi preciso primeiro acessar o sentido dos problemas e ir a campo (Barros; Barros, 2013).

Após a vivência do campo e a realização das entrevistas, optamos por analisá-las segundo a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977), composta por três fases distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na etapa inicial, durante a pré-análise, as transcrições das entrevistas foram lidas de forma "flutuante". Nesse processo, foram identificadas categorias primárias (indicadores) nas entrevistas dos residentes.

Na segunda fase, conhecida como exploração do material, as categorias primárias identificadas foram agrupadas em categorias analíticas, utilizando a técnica de conteúdo temático. Durante esse processo, foram seguidos os procedimentos de codificação, incluindo a escolha de unidades de registro, recorte, classificação e categorização. Isso resultou na formação das categorias finais de análise.

O tratamento dos resultados se deu na terceira e última fase da análise e envolveu a inferência e interpretação dos dados. A inferência foi realizada através de deduções lógicas apoiadas na descrição e interpretação do texto. As categorias temáticas serão apresentadas no próximo capítulo, junto a discussão e resultados.

Trechos dos diários de campo e as experiências da pesquisadora durante a pesquisa também foram usados ao longo dessa análise como forma de exemplificar e reforçar os elementos analisados. Aqui é importante reforçar que não existe uma fórmula única de analisar os dados obtidos durante a vivência singular dessa pesquisadora, junto aos residentes e ao campo, mas o objetivo final foi encontrar elementos que nos permitissem refletir e coletivizar essa experiência.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de verdadeiramente iniciar esta seção, gostaria de trazer uma breve explicação sobre este capítulo.

Dos 14 residentes da unidade, 12 participaram das atividades de observação participante e cinco das entrevistas, de acordo com os critérios de saturação de amostra propostos por Minayo (1999). Em sua maioria, esses residentes eram jovens entre 25-35 anos e se consideravam brancos. Foram acompanhados, nas observações participantes, quatro residentes do sexo masculino e oito do sexo feminino. Nas entrevistas, conversei com três mulheres e dois homens.

No Quadro 1, apresento as categorias de análise que emergiram das entrevistas que realizei com os residentes. Para essa análise levei em conta, além das transcrições das entrevistas, as camadas que minhas vivências no campo acrescentaram com suas sensações e interpretações.

Quadro 1 - Categorias de análise obtidas a partir das entrevistas

Categorias	Descrição
Características da Abordagem Comunitária na visão dos residentes	Como os residentes definem e caracterizam a Abordagem Comunitária.
Relevância de Abordagem Comunitária na formação dos residentes	Como e de quais formas as atividades de Abordagem Comunitária podem impactar no cuidado ofertado.
Desafios para o ensino e prática de Abordagem Comunitária	Quais foram os principais desafios para o ensino e a prática de abordagem comunitária identificados nas falas dos residentes. Há maior enfoque em três subcategorias: Ruptura com o Modelo Biomédico, Cenário Atual da APS e Encontro de Realidades
Aspectos específicos do trabalho em Favela	Quais e de que forma as especificidades do trabalho em favela podem interferir no ensino e desenvolvimento das atividades de abordagem comunitária e na formação dos residentes de MFC
Ensino de Abordagem Comunitária	Como acontece o ensino de competências de abordagem comunitária a partir da percepção dos residentes e como os preceptores podem facilitar esse processo.

Fonte: Produzido pela autora (2023).

Essas categorias serão discutidas conforme forem sendo apresentadas ao longo do capítulo e, entremeados nesta discussão, estarão incluídos trechos do diário de campo, com a intenção de aproximar o leitor das minhas experiências com a observação participante e

transportá-lo junto comigo ao campo. Esses trechos poderão ser identificados pela sua escrita em itálico.

Uma última explicação importante: você verá nomes de pássaros nos diários de campo e também como identificação dos participantes da pesquisa. Essa foi uma decisão que tomei no meu primeiro dia em campo, como destaque no trecho transcrito:

Ao final do dia, algo que me chamou a atenção foram os pássaros, presentes em todo o nosso território. Em gaiolas ou livros, nos nomes das ruas da comunidade e das equipes da unidade, no almoço que compartilhei com os residentes e agora, também nesse diário. A partir de agora, cada residente receberá o nome de um pássaro quando eu me referir a ele durante o desenvolvimento deste estudo.

Dito isso, convido você, agora, a conhecer e discutir os resultados deste trabalho.

5.1 DEFINIÇÃO DE ABORDAGEM COMUNITÁRIA

Como já mencionado, falta uma definição objetiva do que seria esse atributo, porém, segundo a SBMFC, há uma lista de competências que o residente deve dominar para uma formação de excelência como médicos de Família e Comunidade (Lermen Junior, 2015). Por esse motivo, antes de discutir com os residentes sua percepção sobre as atividades de AC, pareceu pertinente entender primeiro o que eles a compreendiam.

Como esperado, os residentes também encontraram dificuldade para definir o que é AC, preferindo listar uma série de atividades possíveis ao Médico de Família e Comunidade, conhecidas como instrumentos de Abordagem Comunitária. As atividades que mais apareceram em suas respostas foram territorialização, visitas domiciliares, grupos e ações de educação em saúde.

Apesar de não trazerem definições, os residentes também trouxeram elementos menos objetivos do que consideram abordagem comunitária.

Mas abordagem comunitária, nesses primeiros seis meses de residência é, pra mim, muito mais do que fazer visita domiciliar. É você conhecer o território que o paciente mora, é você conhecer os determinantes sociais do território que o paciente vive e saber usar isso para entender os determinantes de saúde dele. Abordagem comunitária, eu acho que tem um papel médico, tem um papel social, tem um papel afetivo do nosso paciente. É uma oportunidade da gente exercer a profissão e o contato com o paciente de uma forma que a gente entra na realidade dele, de forma mais imersiva, que aqui no consultório a gente não vê. Não vê onde ele mora, não vê o que ele come, não vê a cama que ele dorme e estar no território permite a gente a ver. (Curió)

Na fala acima, o residente reflete sobre outras questões que emergem da realização de

atividades de AC. É interessante a frase “a abordagem comunitária tem um papel médico, um papel social e um papel afetivo”, pois ela destaca toda a potencialidade das atividades de abordagem comunitária, que levam o profissional além das questões clínicas dos pacientes, deixando-se afetar pelo contato mais próximo com os pacientes e tendo sua realidade expandida e transformada por aquela imersão. Essa fala sugere, portanto, que essas atividades não são apenas um instrumento de trabalho que permite ao médico de Família e Comunidade melhorar o cuidado de seus pacientes. Elas podem também ser um convite ao profissional a se reposicionar em relação à forma como encara o mundo e se vincula ao seu paciente.

Acho que podem haver abordagens dentro da unidade quando não dá pra ir até o território, então os grupos podem ser abordagem comunitária, acho que a articulação com a equipe multi da unidade ou com a própria equipe daquele território pode ser uma abordagem comunitária também, a gente levar casos para reunião de equipe, pensar num caso que esteja mais complicado ou pensar nas nossas linhas de cuidado, como a gente vai abordar os hipertensos, as gestantes, o pré-natal... Acho que dá pra gente tentar fazer um pouco de abordagem comunitária também dentro do consultório com a pessoa ou com a família que tá ali, pensando em rede de cuidado, pensando de articulação com, por exemplo, locais pra pessoa fazer uma atividade física, locais que a pessoa pode fazer, sei lá, um clube de leitura, uma aula de música, trazer esses dispositivos que a gente já conhece da rua pras nossas consultas (Coruja).

Antes que a fala acima seja interpretada como a eliminação da necessidade de o profissional ir ao território da unidade para realizar atividades de abordagem comunitária, digo que na verdade ela demonstra que o profissional, tendo absorvido as informações do campo, pode trazê-las para dentro do consultório, uma vez que o conhecimento médico, sem o contexto de vida de seus paciente, é insuficiente para um cuidado integral.

Para mim, ela representa uma versão amadurecida da fala anterior que, transformada pelo campo, se vê capaz de incorporar o conceito de abordagem comunitária ao dia a dia na unidade de saúde, reforçando seu compromisso com o entorno e com a comunidade da qual faz parte o paciente. Essa postura sugere que não basta dominar técnicas e habilidades específicas para a realização de abordagem comunitária, sendo necessário também vínculo com sua população, interesse pelo seu entorno e flexibilidade para incluir esses elementos à prática.

De acordo com os residentes, a Abordagem Comunitária parece então ser um conjunto de ações e instrumentos que são colocados em prática com o objetivo de melhor compreender e assistir os pacientes da área de adscrição da unidade a partir da adequação da prática dos profissionais à realidade local e seu compromisso com aquela população.

Essa definição está de acordo não só com a base de Atenção Primária orientada para a

comunidade, como também com os princípios fundamentais do médico de Família e Comunidade, mais especificamente com o segundo princípio, que diz que a atuação do médico de Família e Comunidade é influenciada pela comunidade (Lopes; Dias, 2019), o que dá coerência ao seu estudo durante a residência médica na especialidade.

5.2 RELEVÂNCIA DA ABORDAGEM COMUNITÁRIA PARA O CUIDADO

- Acho que passamos da casa. - disse a ACS.

Voltamos alguns metros e lá estava Dona G. sentada em frente à sua casa, nos esperando.

- Ih Dona G. a passamos reto e nem vimos a senhora aqui.

- Eu achei que eram vocês, mas como não enxergo bem, fiquei esperando.

Dona G. é uma senhora de uns 70 anos, branca, bochechuda, cabelos grisalhos e grossos na altura do pescoço e os olhos negros bem redondos. Nos apresentamos e perguntamos como ela estava.

- Tô mais para lá do que pra cá... - respondeu - Meu CPF já tá no caminho de São Pedro. - brinca num tom de voz de alguém que zomba da própria vida, mas que ao mesmo tempo se entristece com o que diz.

- Que absurdo, Dona G.

- É verdade... - nos olha - Vocês querem entrar?

Dissemos que sim, para conversarmos melhor, e ela se levanta, abre a porta e nos convida a entrar.

A porta em que estava sentada dava para um corredor estreito onde havia entrada para duas casas, sendo a sua a primeira. Entramos e nos deparamos com sua cozinha. Era um espaço simples, com armários, fogão, uma mesa com cadeiras bastante velhas. Da cozinha pude ver outras duas portas, a do quarto, onde havia uma pequena televisão, do tamanho de um monitor de computador e a outra do banheiro. Aqueles eram os únicos três cômodos da casa, que não recebia luz do sol e portanto, era bastante escura. A única janela da casa era a da cozinha, que dava para o corredor de entrada, que era fechado. No chão havia bastante sujeira.

- Vocês não reparem a casa suja, mas é porque eu já não enxergo nada. - justificou

Retomamos a conversa lá de fora e perguntamos novamente como ela estava e como poderíamos ajudar. A paciente foi categórica:

- Tá tudo ruim. Não tem nada que preste.

Com alguma insistência, conseguimos fazê-la detalhar o que seria “estar tudo ruim”. Dona G tinha hipertensão, diabetes, um problema de visão de causa inespecífica, dor nas articulações, principalmente nos joelhos, tosse... uma lista bastante extensa.

Esperamos ela terminar de listar e Rouxinol pergunta sobre sua família. Ela diz morar sozinha, que tem uma filha, mas ela mora em Jacarepaguá.

“É aquela história da velhinha abandonada, sabe?” - diz.

Conta-nos que mora lá há 12 anos e que só vê a filha no dia do pagamento. Eu e Rouxinol nos entreolhamos, com medo de ser mais um caso de familiares que só procuram seus idosos para pegar parte de suas aposentadorias. Mas Dona G continua e nos conta que a filha precisa ir com ela ao banco pois já não enxerga bem.

Dona G desfia sua longa lista de reclamações e problemas enquanto conversa conosco. No momento do exame, assovia quando lhe informamos que sua pressão estava alta e pergunta a Rouxinol se seu pulmão estava mofado após a ausculta e a todo momento reforça que tudo estava ruim.

Noto que ela usa o humor como forma de amenizar os problemas e ela mesma nos diz isso em dado momento:

- Vocês me desculpem que eu brinco muito, mas é porque se não for assim, fica difícil.

- Tá tudo bem, Dona G. A gente vai ver com o que pode te ajudar.

Continuamos a conversa, sobre o que poderíamos fazer, como seguiríamos com o seu cuidado e o que seria ou não possível para a paciente. Dona G. era muito boa em listar seus problemas, mas não conseguia ajudar na proposição de mudanças, então trabalhamos isso com ela.

A cada passo de seu cuidado, esbarramos em diversas limitações do ambiente, de sua condição de saúde e de sua rede social... mas junto a Dona G., conseguimos elaborar um plano que considerasse todos esses elementos e parecesse satisfatório para todos nós.

Encerramos a consulta e nos dirigimos até a porta, Dona G. se despediu com um tom que era um misto de gentileza e gratidão pela nossa visita. Tecemos algumas considerações no caminho para a outra visita.

- Dona G é muito triste. - disse Rouxinol - é muito difícil viver assim, né?

Com a definição do que é Abordagem Comunitária na visão do residente de MFC um pouco mais clara, podemos voltar ao nosso objetivo inicial de conhecer melhor o processo de ensino-aprendizagem da AC no contexto da residência médica. Começaremos tentando entender se, a partir de suas experiências, essa prática é valorizada ou não por eles e qual a relevância é percebida no aprofundamento no tema.

Para a maioria dos residentes entrevistados, as atividades de AC aparecem como um elemento que pode modificar para melhor o cuidado ofertado ao paciente, como já haviam aparecido indícios nas falas previamente apresentadas.

[Praticar abordagem comunitária] Muda completamente a minha visão, porque se eu conheço a casa do paciente, se eu conheço a situação em que ele vive, se eu conheço a dificuldade socioeconômica que ele teve, se eu entendo que na noite anterior teve tiroteio e ele chega aqui com uma dor de cabeça, porque ele não dormiu bem, isso muda completamente a minha abordagem. Eu talvez deixe de passar uma medicação pra dor pra fazer uma abordagem de saúde mental. Então, não tenho dúvida de que conhecer a realidade do paciente muda tudo. (Coruja).

O trecho sugere que estar em contato mais próximo com os fatores que impactam a

saúde dos pacientes auxilia o residente a ir além dos sintomas físicos e compreender melhor a atuação dos determinantes sociais da saúde. Entender as dificuldades específicas que o ambiente impõe ao paciente também permite ao médico não só diagnosticar doenças, mas também propor tratamentos mais adequados, com orientações mais realistas, resultando em melhor adesão ao plano terapêutico e melhores resultados.

A oportunidade de entrar no lar de uma pessoa, de poder conversar e entender a realidade dela, é muito gratificante e me permite desenvolver algumas habilidades profissionais e de comunicação muito diferentes das que eu desenvolvo aqui no consultório, sabe? Em geral sempre tem um bolinho, um cafezinho que pode parecer uma coisa pequena, mas torna o momento especial. Eu sinto um retorno até de adesão do paciente diferente quando a gente propõe medidas dentro da casa dele. (Curió).

O contato direto com os pacientes em seu ambiente doméstico parece auxiliar na formação de vínculos mais fortes entre médicos e pacientes, melhorando elementos como a comunicação e adesão ao tratamento. A AC, portanto, pode ser encarada como uma forma de amparar a prática de uma medicina integral, que resulta em uma melhora multifatorial do cuidado ofertado.

Para além da percepção subjetiva do residente, é importante ressaltar que já é comprovado que a construção de uma relação menos assimétrica com os pacientes, com o desenvolvimento de uma comunicação mais aberta e uma melhor qualidade na relação entre médicos e pacientes, é capaz de produzir efeitos positivos para a saúde dos pacientes (Caprara; Rodrigues, 2004).

Em resumo, a realização de atividades de AC se justifica pelo fato de elas, de fato, beneficiarem os pacientes, através da oferta de um cuidado mais adequado à sua realidade, ao mesmo tempo que enriquece a prática dos profissionais com o desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia.

No entanto, o fato de serem reconhecidos os benefícios dessa prática não necessariamente garante que sua realização será fácil. No próximo tópico, discutiremos os principais obstáculos para a sua execução.

5.3 DESAFIOS PARA A REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ABORDAGEM COMUNITÁRIA

Nas entrevistas, surgiram elementos de uma série de fatores que desafiam os residentes médicos na hora de realizar práticas de abordagem comunitária. As três mais presentes no desenvolver deste estudo serão descritas e problematizadas a seguir.

5.3.1 Ruptura com o modelo biomédico

Ao me apresentar, escolhi contar a história do meu encontro com Dona Ana, através de um texto que escrevi enquanto estudante de Medicina. Aqui, comento-o novamente, pois mesmo sendo muito anterior às minhas idas a campo, consegue trazer para nossa discussão a voz de uma aprendiz, ao entrar em contato com uma paciente dentro de uma favela e o estranhamento gerado quando ela tenta conciliar a vivência que tinha até então na faculdade de Medicina, com a realidade que se apresentava.

Foi difícil captar esse estranhamento em meus diários de campo, mas com o tempo entendi que essa ausência não se deu por desatenção ou desinteresse desta pesquisadora durante a observação participante, nem por ausência dele. A seguir, explico os motivos.

Ao longo das minhas idas a campo, consegui apreender muito, mas sempre a partir do meu olhar, das minhas sensações, da minha subjetividade. Quando me sentava e escrevia minhas observações, muita coisa emergia, mas a voz dos residentes parecia sempre pouca, distante.

No início, ainda ajustando minhas novas lentes de pesquisadora, vivia a me questionar: seria a ausência dessas vozes uma dificuldade de me conectar com elas? Seria falta de provocação da minha parte? Seria falha metodológica?

Foram muitos pequenos ajustes. Apertei os olhos para tentar ver algo que talvez estivesse passando despercebido, tentei ignorar possíveis distrações, resolvi ser mais incisiva nas perguntas... nada. Ainda assim, não consegui ouvir com clareza as respostas que tanto ansiava ouvir daqueles que eram tão importantes para este estudo.

Em dado momento, em minhas tentativas de extrair informações, comecei a me sentar ao lado dos residentes no final de nossas atividades e fazer a seguinte e aparentemente descompromissada pergunta: “E aí? O que você achou?”

Aprendizes que são, muitos me devolveram de pronto a pergunta: “Eu que pergunto! O que você achou?”

Essa talvez tenha sido a resposta que mais ouvi dos residentes, sedentos por *feedbacks* para auxiliá-los no desenvolvimento de novas habilidades. Nesse momento, era preciso freá-los ou novamente nossa conversa seria baseada apenas nas minhas impressões. Assim, contornava a pergunta e pedia primeiro as suas impressões.

Por mais diversas que as respostas fossem, de certa forma elas acabavam sempre com maior enfoque na discussão clínica dos pacientes das visitas domiciliares, em detrimento de todas as outras informações que poderiam ser apreendidas no caminho, nas conversas com as ACSs, na organização das redes de apoio, nos elementos da paisagem, no comentário dos transeuntes... Informações que eu assumia a função de destacar nessas conversas, tentando mostrar quantos outros elementos estavam entremeados ao ato de ir até a casa de um paciente e atendê-lo em domicílio. Essas conversas em geral não duravam mais de 10-15 minutos, pois logo a rotina da unidade nos inundava com seus registros e pendências.

Refletindo sobre essa dificuldade de ouvir o que os residentes têm a dizer sobre os diferentes elementos das ações de AC, chego à conclusão de que talvez ela exista pelo fato de esses residentes ainda estarem passando por um processo de amadurecimento da identidade de médico de Família e Comunidade, que os inunda com tantas outras demandas e preocupações e os fazem colocar em segundo plano a ênfase no território e na comunidade.

Os residentes de Medicina de Família e Comunidade, em geral recém-egressos da faculdade de Medicina, além do desafio comum a todos os residentes, de se aperfeiçoar nas competências da especialidade escolhida, têm de lidar ainda com um desafio adicional de trabalhar na Atenção Primária à Saúde, a porta de entrada do SUS, cujo modelo de atenção à saúde se choca com o modelo biomédico, ainda predominante na maioria dos currículos dos cursos médicos.

A educação médica bebe da fonte da ciência moderna, refletindo muito do pensamento positivista. Desta forma, o modelo biomédico, caracterizado por ser individualista, curativo, médico-centrado, fragmentado e hospitalocêntrico, é o modelo no qual a maioria dos médicos ainda se forma em nosso país.

A MFC, em alinhamento ao SUS, se esforça para subverter essa lógica, pregando um modelo de assistência biopsicossocial, isto é, um modelo multidisciplinar que entende que a saúde vai além da dimensão biológica, dependendo também das dimensões psicológicas e sociais dos indivíduos.

Essa forma diferente de pensar é atrativa para muitos dos residentes de MFC que buscam na especialidade a possibilidade de praticar uma medicina dissonante da prática hegemônica e hospitalocêntrica.

Um dos fatores que me fez escolher a Medicina de Família Comunidade foi saber que o médico é mais do que estar ali só com o paciente, ali dentro do consultório, ou só com o paciente dentro da mesa de cirurgia, ou algo do tipo. Não... Você consegue estar com o paciente em outros lugares, sem ser o “lugar médico”. Eu não gosto

tanto de hospital, foi um dos motivos até de eu ter escolhido essa especialidade. Então, destacar o usuário fora do ambiente, clínico, hospital... faz com que eu goste muito do que eu estou fazendo (Sabiá).

Acho que é importante pra mim porque eu não sei se eu curto tanto ficar só na coisa de doença, doença, doença... Eu gosto muito de prevenção e promoção de saúde, então eu acho que é um espaço legal para a gente conseguir fazer isso (Coruja).

Falas como essas reforçam a ideia de que os residentes em MFC são atraídos pela possibilidade de praticar uma medicina dentro de um modelo de atenção que se preocupa em promover saúde, olhando para as pessoas com um olhar mais integral do que o modelo fragmentado e focado na doença em que se formaram.

Essas, junto a outras características próprias da especialidade e do trabalho na atenção primária, como a pluralidade de casos, o trabalho em equipe, a longitudinalidade e a atuação na comunidade, são elementos atrativos para a escolha da carreira de MFC (Rodrigues; Duque; Silva, 2020).

Apesar de atraídos por essas características, os residentes ingressam na residência ainda impregnados pelo modo de agir e pensar biomédico e precisam de algum tempo para readaptar a lógica sob a qual trabalham. Esse período de adaptação parece ser necessário para que consigam melhor incorporar ações que levam em conta um modelo de saúde mais integral, de forma a estranhar menos as ações de Abordagem Comunitária. Corrobora essa afirmação a impressão dos residentes do segundo ano, que, em suas entrevistas, destacaram uma mudança de atitude em relação ao tema ao longo do seu processo formativo.

Eu sinto que comecei a ter um olhar e comecei a receber informações sobre o assunto [abordagem comunitária] quando eu estava preparada. Acho que talvez no início do R1 eu não tivesse condições mesmo de ter conhecimento de abordagem comunitária. Talvez fosse um outro momento pra mim, um momento mais de uma coisa individual, de famílias, e de coisas menores na unidade, para depois pensar em formas de abordagem comunitária, de planilhas, de vigilância, de meios de ter abordagem comunitária, de gestão de saúde pública, que também são coisas de abordagem comunitária, pra mim isso só foi possível mais pro final do R1, início de R2, agora no meio... Antes... eu acho que eu não tinha de fato maturidade técnica para conseguir elaborar isso tudo. (Coruja).

Acho que no R1 você ainda está tentando se adaptar muito a todos os processos e no R2 a parte burocrática você já tá dominando melhor, parte clínica, já tá melhor... Então você consegue se dedicar mais aos outros processos e a dinâmica da própria equipe. Aí eu acho que a gente consegue entrar mais nisso [AC]. (Andorinha).

Apesar de necessária e desejada, a desconstrução do pensamento sob o qual alguém é treinado não é simples. O modelo biomédico está tão presente na formação médica que acaba se incorporado à nossa atuação de maneira tão natural que muitas vezes nos sentimos desconfortáveis em desconstruí-lo, ainda que nosso desejo seja o de mudança.

Sair do consultório e ir para a visita domiciliar pra mim é bom em termos de conhecer, ou em termos de dar acesso ao paciente, mas às vezes estar na visita é uma coisa mais trabalhosa. No sentido de que você não tem o aparato do consultório, você não tem a mesa, às vezes eles não mandam você sentar em lugar nenhum e às vezes num lugar muito quente. Eu acho que [abordagem comunitária] é uma coisa importantíssima, que pra mim não tem como não existir, mas é uma coisa que demanda muita energia. É uma coisa que... eu acho uma atividade difícil de fazer. Raciocinar com várias pessoas falando... Às vezes a visita domiciliar não é só o paciente, é o vizinho, vários ACSs, vários parentes e todos estão lá opinando. Eu fico até pensando em maneiras de tentar diminuir essas coisas que eu acho mais difíceis de lidar. Eu já tirei o paciente do lugar onde a gente estava, para um lugar mais reservado, dentro da casa dele. Mas eu entendo isso demais, a importância [sobre AC]. Acho que não dá pra ficar sem. Mas acho complexo. Acho difícil de fazer. Exige mais do que no consultório (Cegonha).

A fala acima ilustra bem essas contradições. Apesar de afirmar repetidamente que reconhece a importância de estar no território para a realização de ações de visita domiciliar, considerada parte das ações de abordagem comunitária, a residente em questão deixa clara sua dificuldade e o esforço que desprende para atuar naquele espaço. Tal resistência, provavelmente, se dá por esse tipo de ação forçar uma atuação que a desloca para um contexto diferente do que está habituada, no qual o médico detém o espaço e o controla da maneira que julgar mais conveniente para si e suas demandas.

O modelo vigente de medicina não constrói a relação médico-paciente de maneira horizontal. Na distribuição de poderes entre médico e paciente, o poder parece estar concentrado nas mãos do médico. Ir até o paciente, em seu ambiente, sob outras regras, implica abrir mão de parte desse poder, o que pode gerar desconforto para muitos.

Eu acho que na casa das pessoas a gente tem uma postura um pouco menos paternalista do que a gente tem no consultório. Eu me sinto mais equilibrado na minha relação com o paciente, fica um pouco mais nivelada do que no consultório. No consultório em geral, por mais que a gente se esforce para que isso não aconteça, existe uma postura de que “Ó, você vai fazer isso, porque vai funcionar, a receita é essa. Até mais.” Na casa da pessoa é diferente, justamente por você entender as dificuldades que tem ali dentro, você em geral constrói um plano terapêutico mais otimizado, que entende essas limitações, menos mandatário e mais cooperativo (Curió).

Na fala acima, o próprio residente reconhece a dificuldade de romper com esse modelo, mas menos desconfortável, enxerga na visita domiciliar uma forma de vencer a distância já estabelecida na relação médico-paciente.

De fato, quando estamos no território, acabamos por nos despir um pouco dos aparatos que servem como símbolos do nosso poder. O jaleco às vezes fica de lado devido ao calor, o computador não serve de barreira para o nosso olhar e atenção e as paredes brancas do nosso consultório não nos cercam e encastelam.

Ao entrar na comunidade e principalmente na casa de um paciente, passamos a jogar com suas regras, seus recursos e suas possibilidades. Somos forçados a abandonar a nossa zona de conforto e as soluções fáceis, para dar lugar aos desafios e dificuldades do mundo real.

Quando existe a disponibilidade por parte do médico, esse momento pode ser transformador da sua prática e do cuidado ofertado, porém existem profissionais que, mesmo sem perceber, não conseguem romper com o modelo vigente e seguem suas práticas tentando apenas reproduzi-lo em outros espaços, tentando encaixar a realidade nessa caixa tão restrita.

Além do hábito, existe ainda outro possível motivo para essa resistência. Para o trabalho na APS, o médico precisa também se afastar de uma forma de trabalho médico-centrada. Tendo sido treinado de maneira que se perceba onipotente diante da doença (Martins, 2004), com base numa ciência positivista que enxerga corpos como máquinas, romper com esse modelo implica aceitar não ser um curador de doenças, mas um cuidador de pessoas. Esse cuidar consiste não só em ampliar a visão para fatores que vão além da biologia dos organismos, mas também em aceitar que muitas vezes o médico sozinho não será capaz de tirar o sofrimento do paciente. A assumpção dessa forma de pensar e agir implica, portanto, não só aceitar suas limitações mas também se comprometer e se deixar afetar.

Eu sinto uma certa frustração em entender que a gente não tem como melhorar tudo, né? E é difícil às vezes reconhecer que a gente tem limitações. A gente aprendeu... A gente é... As pessoas criam, né? E a cultura cria a ideia de que o médico é resolutivo, que ele sempre resolve os problemas e na abordagem comunitária a gente percebe que muitas vezes a gente não resolve o problema, a gente ameniza problemas ou simplesmente ouve os problemas. (Curió).

Como já dito, a disponibilidade do profissional é crucial para que essa afetação ocorra, mas o cenário deve ser propício para que esta aconteça. Quando confrontado com um ambiente hostil, o médico pode recorrer a mecanismos de defesa, baseados na forma como foi treinado, que vão levá-lo a seguir atuando de maneira distanciada para poupá-lo da frustração ou do sentimento de impotência.

5.3.2 Cenário atual da APS

18/05/2023 – Da terapia

Minha psicóloga eventualmente checa como estou em relação às atividades de campo. Hoje disse a ela sensações que julgo importante registrar aqui para que não sejam esquecidas.

Ao contrário do que já senti antes, hoje não sinto o peso do olhar de pesquisadora, pelo contrário, acho que ele me acrescenta e me resgata, trazendo minha atenção para os detalhes e momentos que ressignificam o trabalho da MFC em mim.

O deslocamento do meu olhar já viciado e acomodado para um local em que minha atenção transita para além do papel de preceptora e médica, se esforçando para ler nas entrelinhas do que acontece quando estamos em campo, resgatou uma habilidade que andava adormecida, a de me encantar com pequenos detalhes e aprendizados.

O território talvez seja o local onde me sinto mais realizada com o meu trabalho. Talvez por se tratar de um lugar afetivo, que me remete aos tempos de trabalho voluntário que me transformou em quem sou hoje. Talvez pelo tempo que temos com cada paciente, mais generoso do que o que podemos ofertar em consultório. Talvez por ser um ambiente onde me encontro com o diferente, o que me aguça a curiosidade. Ou pela sensação de me conectar ao paciente, de uma forma que nunca acontecerá no ambiente de um consultório médico.

Volto renovada das observações participantes e, ao escrever os diários de campo, revisito sensações, saboreio os detalhes e faço novas descobertas. Percebo que, num cenário de atuação hostil como a APS, boa parte do encanto está nas entrelinhas.

No nosso dia a dia, nos deparamos com pobreza, fome, falta de recursos, famílias desestruturadas, vínculos trabalhistas precários, violência... É fácil se sentir impotente num lugar assim, mas é no abraço, no sorriso, nas boas-vindas, na confiança, na gratidão, no aprendizado e na descoberta que encontro a motivação para continuar.

O trecho acima foi escrito cerca de dois meses depois de dar início ao trabalho de campo desta pesquisa. Vencido meu desconforto com o ajuste das lentes de pesquisadora, estar em campo e registrá-lo passou a ser agente motivador com seus encontros e descobertas. Foi como resgatar meus primeiros contatos com o território, onde as descobertas foram muitas e transformadoras.

Ir ao território faz parte do meu trabalho como MFC e preceptora, mas há muito tempo ele já não era sentido com tanta intensidade. Ao assumir o papel de preceptora, a camada extra de obrigações do cargo me deslocou para tarefas mais administrativas e de ensino. Involuntariamente, passei a estar menos presente em algumas atividades como grupos e visitas ao território, o que me distanciou de atividades que para mim sempre serviram como motivadoras.

Agora reflita: se para alguém que valoriza e incentiva atividades de abordagem comunitária o distanciamento existe, imagine para aqueles com menor afinidade com o tema? Quais fatores podem estar refletindo nesse distanciamento do campo e das reflexões provocadas por ele? Como as atividades de abordagem comunitária realmente chegam para os residentes médicos e outros profissionais da APS?

Aqui é importante lembrar um pouco do que já foi dito sobre o cenário da pesquisa sobre o tamanho e vulnerabilidade da população carioca. Vista a dificuldade de organizar a

assistência numa cidade grande e plural como a do Rio de Janeiro, sempre em expansão e transformação, os investimentos e esforços de quem faz a gestão da saúde no município nem sempre são suficientes para proteger os profissionais de uma elevada pressão assistencial proveniente de uma população cuja demanda e a vulnerabilidade superam a capacidade de atuação dos profissionais da APS.

Num cenário de alta pressão assistencial, os profissionais tendem a fazer o que lhes parece mais habitual, dada a sua formação biomédica e focam sua atenção no consultório, nas atividades de assistência ambulatorial e suas burocracias em detrimento de outras atividades, como as de Abordagem Comunitária.

Na tentativa de preservar essas atividades externas, na agenda padrão do residente está “protegido” um turno semanal para a realização de visitas domiciliares. O nome que se dá hoje é “turno de VD”, o que logo de cara já expõe a visão reducionista de que o momento seria destinado apenas ao atendimento domiciliar, como se este fosse uma extensão do consultório e desconsiderando todos os outros encontros e aprendizados que sair da unidade e adentrar o território podem oferecer. Por esse motivo, há algum tempo venho tentando, com outros colegas, modificar seu nome para “turno de abordagem comunitária”, numa tentativa de não mais restringir a ida a campo ao simples ato da consulta médica em domicílio.

Apesar da recomendação de que esse turno seja dedicado ao preparo e realização dessas práticas, é muito frequente que a vivência do território seja substituída por atividades de vigilância ou por outras burocracias, numa resposta involuntária à sobrecarga e às outras cobranças que invadem a rotina dos profissionais.

A ida a campo, quando acontece, representa, portanto, uma ruptura com uma rotina de forte pressão assistencial que impõe ao profissional um ritmo que muitas vezes o impede de praticar uma medicina mais integral e acaba sendo encarada até mesmo como uma fuga por alguns residentes, como podemos ler nas falas a seguir:

Eu acho que é um respiro, que o momento sai um pouco da demanda. Funciona como alívio mesmo, sabe? (Andorinha).

É um momento em que eu saio um pouco daquela coisa de doença, de pessoas só dentro do consultório e eu sinto que às vezes é um respiro porque se abre oportunidade para conversar sobre coisas que às vezes meu consultório não conversa e gostaria de conversar (Coruja).

A primeira fala parece entender os momentos no território exatamente como essa desaceleração na sua rotina de atendimentos ambulatoriais, enquanto a segunda além de sentir

o mesmo alívio, ainda completa dizendo que devido a essa desaceleração, consegue encontrar mais oportunidade para romper com o enrijecido modelo biomédico e permitir que outros tipos de trocas aconteçam.

De toda forma, ambas representam a pressão e a dificuldade que os residentes (e não só eles) encontram para a realização de um cuidado integral num cenário onde o tempo é escasso e há pouca margem para se aprofundar em outros aspectos da vida para além do adoecimento. As falas também revelam que as atividades de abordagem comunitária, ao promoverem um espaço de desaceleração, são também resgate para momentos em que há tempo para maior reflexão e aprendizado sobre as questões que vão além da doença e da clínica.

Aqui vejo espaço para apontar mais um motivo que leva à desvalorização das ações de abordagem comunitária pelos profissionais de nível técnico. Apesar de previstas, essas ações não são “vistas” e, portanto, são pouco incentivadas pelas coordenações de área e pela própria Secretaria Municipal de Saúde.

Explicando melhor, a gestão pública normalmente pauta a avaliação das unidades de saúde estabelecendo metas quantitativas que pouco privilegiam o cuidado individualizado, com foco nas comunidades e valorizando as subjetividades. Um exemplo é o programa Previne Brasil, instituído pelo Ministério da Saúde em 2019, que inclui, entre as formas de repasse financeiro da federação para os municípios, um plano de pagamento baseado nos resultados de sete indicadores de desempenho. A partir disso, a qualidade do serviço passa, portanto, a ser avaliada por critérios padronizados e biomédicos, sendo incapazes de incorporar a variabilidade de situações vividas e a heterogeneidade do SUS (Costa; Silva; Jatobá, 2023).

Sendo o impacto da realização de ações de AC na qualidade do cuidado ofertado pelos profissionais um parâmetro subjetivo, ele não é tão facilmente percebido e, portanto, pouco incentivado, relegando essas ações ao segundo plano tanto na rotina dos profissionais, quanto nas prioridades da gestão.

A prioridade que se dá a outras ações demonstra que, ainda que a gestão se proponha a realizar uma Atenção Primária de qualidade, ela ainda tem dificuldades em incentivar e contemplar aqueles que se esforçam para realizar uma abordagem mais integral e condizente com as diretrizes do SUS. Com pouco incentivo a tais práticas, é compreensível a desvalorização das oportunidades de realização de atividades de abordagem comunitária e do

conhecimento que provém do contato com as comunidades para a realização de outras tarefas num cenário onde já há outros fatores para a sobrecarga dos profissionais.

Só que eu acho que você tem que estar disposto [a realizar ações de abordagem comunitária], né? Emocionalmente e profissionalmente também porque tem que estudar muito, tem que estar em dia com sua saúde mental, tem que estar em dia com acho que com seus motivadores (Coruja).

A residente expressa em sua fala a importância de querer estar no território, de se sentir apta a abrir essa porta, de estar disposta a se deixar afetar pelos elementos que emergem da visita ao território. Em parte, concordo que é necessário estar disposto a isso quando se foi treinado para atuar de outra forma, mas aqui quero trazer um contraponto. Sendo a abordagem comunitária parte do que se espera do profissional de Medicina de Família e Comunidade, sua inclinação para a realização de tais práticas não deveria exigir tanto de sua própria motivação e organização. Isso deveria estar previsto e ser valorizado como parte do trabalho, tanto quanto outras competências, como Comunicação Clínica e Medicina Baseada em Evidências, por exemplo.

A prática de Abordagem Comunitária merece ser vista não como um bônus ou atividade complementar ao nosso trabalho, mas como parte essencial da especialidade e inseparável do restante do trabalho que desenvolvemos.

5.3.3 Outra realidade

Realidade é um conceito complexo e sujeito a múltiplas interpretações. Neste texto, ela não será encarada como substância. Iremos assumir o caráter subjetivo da realidade. Ao contrário de uma visão fixa e estática do que é real, escolho uma interpretação que encara a realidade como subjetiva, sujeita à forma como cada um a experimenta.

Eu, jovem, mulher, heterossexual, adulta, proveniente da classe média, médica de Família e Comunidade, mestranda, tenho uma noção de realidade que não necessariamente é a mesma de um homem jovem negro e pobre, morador da comunidade onde eu trabalho, por exemplo. Estamos sujeitos a diferentes tensões em nossos dias, estamos expostos a outros fatores, experienciamos o mundo de formas diferentes.

Este tópico se propõe a discutir, inicialmente, qual a realidade do residente de medicina e o quanto ela difere da realidade de quem vive nas comunidades em que atuamos.

Hoje acompanhei Faisão em uma atividade de educação em saúde junto aos menores do Departamento Geral de Ações Socioeducativas

(DEGASE). A atividade planejada por Faisão objetivou falar sobre DSTs com os rapazes internados na unidade através de uma atividade participativa de verdadeiro ou falso.

Participamos da ação eu, Faisão, uma acadêmica de medicina e a ACS D.

No caminho percebo Faisão conversando com a acadêmica de medicina, me aproximo e ouço:

- A gente nunca sabe o que esperar e nem sempre é fácil. Mas é sempre interessante.

Chegamos à unidade, tocamos uma campainha e um segurança abriu o portão, nos deixando entrar. No local, fomos direcionados para uma pequena sala de aula com aproximadamente 15 carteiras enfileiradas, que organizamos em círculos enquanto aguardávamos a chegada dos rapazes.

Logo, meninos altos e desengonçados, de 15 a 17 anos, começaram a entrar na sala e se sentar conosco, alguns lançando olhares desconfiados para nossos jalecos e uniformes.

Quando todos enfim se acomodaram, Faisão nos apresentou, introduziu o tema da conversa e a proposta da atividade. Até esse momento todos nos observavam silenciosos. Faisão resolveu então quebrar o silêncio convidando os rapazes a se apresentarem e compartilharem o que já sabiam sobre o tema.

Demorou um pouco, mas logo os meninos engrenaram na conversa. A maioria conhece alguém que já teve uma DST. Falam de amigos, de parceiros da "pista", pessoas que tiveram formas simples e graves das doenças. Logo começam a nos inundar com várias perguntas não só sobre DSTs mas também sobre tuberculose e outras doenças. São curiosos e em uma linguagem simples e coloquial que chega a soar até agressiva, revelam estigmas e preconceitos em suas falas. Não os percebem, são quase naturais. Falam sobre sua sexualidade sem pudores e se vangloriam de suas conquistas.

Vamos na onda deles e seguimos para onde suas perguntas e comentários nos levam. Em dado momento, questiono se eles usavam camisinha, visto que a maioria já sabia que essa era a principal forma de prevenção das DSTs.

- Tia, vou mandar a real, tá? Vocês sabem que nós tá aqui não é à toa. Às vezes nós tá lá, no trampo (na boca de fumo), aparece uma mina, vai rolar... nós nem pensa. Não dá tempo de arrumar uma camisinha e vai assim mesmo! - diz o mais despachado deles, e os rapazes em volta acenam com a cabeça rindo e concordando.

Seguimos a conversa tentando uma conciliação entre seus modos de vida e os cuidados que queríamos ver incorporados em suas ações. Por vezes parecemos convencê-los ao lembrá-los dos riscos para si e para suas parceiras, mas logo uma fala típica das inconsequências adolescentes vinha demonstrar a resistência. Envolvidos com tráfico ou outros crimes, é provável que o risco de se contaminar com uma DST não se comparasse aos seus riscos ocupacionais.

Ao fim de nossa conversa, se não convencidos, ao menos cientes de riscos e possibilidades de prevenção eles estavam. Antes de irem, pergunto o que acharam da nossa conversa, se acharam que valeu a pena:

- Foi legal. A gente só fica trancado. Foi bom bater um papo. - os outros concordam e se despedem.

Reorganizamos as cadeiras como as encontramos e nos retiramos do espaço, saindo do Degase e seguindo de volta para a unidade.

Pergunto a quem me acompanha as suas impressões. Faisão me agradece pela ajuda na condução do grupo e conta como percebeu a necessidade de adaptar a linguagem para conversar de forma mais horizontal com os meninos. A interna por sua vez diz:

- É muito louco como o pensamento é completamente diferente, né? Minha cabeça na idade deles era completamente outra. Tem que ouvir

mesmo o que eles tem pra dizer, né? Porque senão o que a gente fala não faz sentido.

Sim... a gente precisa ouvir mais e entender melhor a realidade do outro para então tentar ensinar ou propor mudança, caso contrário a gente simplesmente não alcança as pessoas. Se não pararmos para entender seus modos de vida, seus pensamentos e suas crenças nossas orientações passarão incólumes, assim como foram proferidas. Entenderemos completamente como o outro vive? Não, pois não compartilhamos suas vivências, mas podemos nos aproximar e fazer com que nossos pontos de vista conversem de forma se somar e se transformar.

Quem estuda e conclui a faculdade de Medicina tem um perfil bastante homogêneo. Em sua maioria, são pessoas provenientes da classe média, que tiveram acesso a colégios particulares, que moram com seus pais e que não precisaram trabalhar durante a graduação para se sustentar (Rego, 2005). Como se já não bastasse serem provenientes de uma realidade socioeconômica privilegiada e diversa de grande parte da população brasileira, com seus próprios hábitos culturais e valores, estes, ainda que tenham tido contato com o paciente durante sua graduação, estão acostumados a vê-los nos leitos de hospitais universitários, onde o ambiente é controlado e o contexto de vida dos pacientes muitas vezes é ignorado.

Seria ingênuo pensar que o residente de Medicina de Família e Comunidade fuja muito desse perfil. Ainda que muitas vezes pese pela decisão de ser MFC o compromisso social desperto a partir de experiências dentro e fora da graduação ao longo do processo de maturação de sua identidade médica (Rodrigues; Duque; Silva, 2020), o pano de fundo permanece o mesmo.

“O mundo é o que se vê de onde se está”, dizia Milton Santos (Encontro..., 2006) e, apesar de outro contexto, a frase também se aplica aqui. Muitas vezes o residente de Medicina de Família e Comunidade só vai efetivamente ampliar o mundo que conhece pelo contato que estabelece com pacientes e comunidades ao longo de sua formação.

A gente sabe que as pessoas nem sempre tem comida, as pessoas vivem sem saneamento básico, às vezes não tem uma cama pra dormir. Mas você estar no território, vendo isso ao vivo, deixa tudo mais real. Sai do plano teórico e entra pro plano prático. (Curió).

Lidar com pacientes e comunidades que convivem com questões distantes de suas próprias vivências dá mais materialidade a elas e aproxima o residente de problemáticas antes alheias a ele.

Apesar do estranhamento natural que isso causa inicialmente, no geral, quando expostos a essas questões, os residentes se mostram curiosos com o diferente e disponíveis

para entender como viver sob condições diferentes das suas pode moldar o modo de vida e a saúde de quem vive naquele contexto.

É muito legal a sensação de, como diz a expressão, vestir o sapato do paciente, de saber o que ele passa. Eu acho que isso faz com que, quando o paciente vem no seu consultório para se consultar, aumente a qualidade do seu cuidado, você entende melhor a realidade dele. Mesmo que não seja exatamente, porque só quem vive sabe, você pelo menos tem uma noção do que ele passa (Sabiá).

Essa abertura para o diferente é interessante e acrescenta tanto à prática médica, quanto à percepção do mundo pelo profissional. Existem, entretanto, algumas questões que ameaçam essa disponibilidade, podendo gerar distanciamento em vez de aproximação com o tema. Por exemplo, os profissionais podem encontrar dificuldade ao perceber que precisarão lidar com problemas muito maiores do que apenas o adoecimento do corpo, pois nem sempre se sentem capacitados ou preparados para isso. Também é desafiador perceber que algumas dessas questões, uma vez presentes e reconhecidas, agora são também parte de sua realidade, podendo afetar não só a vida dos pacientes, mas também a do próprio profissional. O contato com uma realidade distante que agora passa a compor a sua própria é um processo que pode gerar distanciamento ou transformação, interferindo tanto na disponibilidade, como no compromisso do residente para a AC.

5.4 AS ESPECIFICIDADES DA ABORDAGEM COMUNITÁRIA EM CONTEXTO DE FAVELA

Acordo, olho o relógio, 06:58, acho cedo. Lembro que hoje acompanharei as visitas domiciliares da residente Bem-te-vi. Em vez de virar de lado como de hábito, peguei o celular e abri o WhatsApp na intenção de checar o grupo do acesso seguro. Qualquer instabilidade no território poderia arruinar a atividade prevista. Nenhuma sinalização de movimento atípico, sinal verde para ir ao território. Meu primeiro contato com a violência presente no lugar onde trabalho me alcançou apenas alguns segundos depois de abrir os olhos, ainda na minha cama, há quilômetros de distância da comunidade em que trabalho. Assim começa meu dia.

Chego na clínica às 08:30, encontro com a residente saída de uma sessão clínica, carregando pastas e organizando algumas burocracias antes da visita.

A ACS que vai nos acompanhar hoje é jovem, alegre e espontânea. Saímos da unidade próximo às 9 horas da manhã e para entrar na comunidade precisamos atravessar uma quadra e a avenida até chegarmos ao mais próximo de seus acessos. Nesse caminho Bem-te-vi e a ACS caminham um pouco mais a frente enquanto eu sigo alguns passos atrás, ajustando minhas lentes de médica, preceptora e agora também a de pesquisadora.

Antes de atravessarmos a avenida, a ACS repara em um de nossos pacientes do outro lado da rua. “Olha lá o Sr. E! Todo dia ele está por aqui, daqui a pouco vai sentar e tomar sua cervejinha.”

Sr. E. é uma paciente que acompanhamos conjuntamente com o CAPS. Ele tem o diagnóstico de esquizofrenia que o limita socialmente e prejudica seu autocuidado, mas é sempre muito gentil com toda a equipe.

Cumprimentamos o Sr. E., que nos deseja bom dia, e seguimos em frente.

Um pouco mais a frente, passamos pela boca de fumo que fica naquela primeira rua da comunidade. De canto de olho, avistei um rapaz segurando um fuzil, outros dois portavam pistolas. Como de hábito, evito encarar e volto minha atenção para a ACS e a residente. A ACS olha o celular e a residente fixou o seu olhar em um ponto distante e parece não ter visto o carro que dava ré em direção a ela.

“Bem-te-vi, cuidado com o carro!” - sinalizo e Bem-te-vi parece retomar a atenção e desviar do veículo. Um pouco mais à frente, me disse:

“Você viu o fuzil? Eu já tinha visto eles armados aqui, mas nunca com armamento pesado. Deu até um “gelo na espinha”.

Comentei que já havia visto algumas vezes, mas que todas as vezes sentia o mesmo gelo na espinha.

Começamos a subir uma ladeira íngreme. Diminuímos o passo. Com nosso comentário sobre o armamento do tráfico, a ACS lembra de outra paciente.

- Vocês não sabem! Mataram o filho da nossa paciente em tratamento para tuberculose. Estou tão preocupada com ela, ela mudou tanta coisa por ele.

- Como assim? - Perguntou Bem-te-vi

- Vocês não lembram? Ela estava trabalhando para pagar uma pistola que ele perdeu. Por isso ela fica tanto tempo fora da comunidade e não conseguimos fazer o tratamento observado. Ela dorme no trabalho e vem só uma vez por semana. Estava juntando dinheiro para pagar essa pistola e proteger o filho. O “chefe” disse que tinha perdoado, mas, nesse fim de semana, mataram ele.

Lamentamos e pedimos para que ela nos avisasse dos desdobramentos. Ficamos em silêncio alguns segundos, provavelmente processando a informação e tentando imaginar a dor daquela mãe.

Subimos mais alguns metros e entramos num beco. Após algumas voltas naqueles corredores estreitos a ACS então nos informa que chegamos ao local do nosso primeiro atendimento.

“É aqui”.

Durante as entrevistas com os residentes, um fenômeno no mínimo curioso aconteceu. Na pergunta sobre como trabalhar a abordagem comunitária num contexto de favela impactava sua prática, todos os residentes começaram destacando a violência urbana ou a presença do tráfico de drogas como algo intrínseco ao trabalho nas favelas e marcante em sua prática. Essa mesma violência também era figura recorrente em meus diários de campo, como ilustra o trecho destacado que abre esta seção.

É um ambiente que a gente tá em torno de uma violência sobre a qual temos pouco controle [...] É uma realidade que a gente convive e precisa aprender a conviver. (Curió)

A gente sabe que tem violência em qualquer lugar, mas a favela infelizmente tem muito disso, está enraizada ali a questão do tráfico, a questão da violência[...]. E aí, a

paciente chegar e falar que não consegue dormir, porque teve tiroteio, ou por que fica preocupada quando o filho sai e não volta... ter algum paciente que tem algum familiar envolvido com tráfico, com movimento... tudo isso influencia muito. (Sabiá)

Reconhecer que a violência desempenha papel significativo na saúde dos moradores de favelas pode parecer óbvio; portanto, não é difícil compreender que os profissionais de saúde precisam ajustar suas práticas para oferecer um cuidado mais abrangente aos seus pacientes nesse contexto.

O que não está tão evidente é o quanto o próprio profissional pode ser impactado pela escolha, ainda que consciente, de atuar numa área de favela. Provenientes de bairros nobres da cidade, trabalhar numa periferia muitas vezes representa se aproximar de uma violência muito mais explícita do que a que vivenciam nos outros espaços que frequentam, e isso produz sentimentos como medo, impotência e ansiedade (Fiúza *et al.*, 2011), que podem impactar sua disponibilidade para a vivência da clínica e, mais ainda, das ações de AC, que pressupõem seu deslocamento para dentro das favelas.

Eu estou um pouquinho de mal com o território, com o que aconteceu comigo [falando sobre o estape do seu carro que foi roubado enquanto estava na clínica]. [...] Nessa última semana eu não estou me sentindo muito bem de estar aqui na clínica. [...] Eu chego aqui eu fico meio com raiva e acaba que pega um pouquinho disso pro território também, porque foi aqui que aconteceu, né? Mas eu não fiquei aqui só essa semana, tô aqui já há dois anos; Quando esse sentimento de raiva atinge um limite, eu volto e penso, “poxa uma semana ruim, mas já vivi coisas muito boas...” (Sabiá).

No começo eu tinha medo [de ir para a comunidade], acho que porque logo quando eu vim, eu tinha passado por um episódio bem ruim no internato, de violência armada e aquilo tinha ficado marcado em mim de uma forma bem ruim. E aí, eu tinha uma ideia de que essa atividade poderia ser ameaçadora a minha vida. Então eu tinha a impressão de que eu tinha que estar sempre alerta [...]. Nas primeiras visitas eu ficava muito em estado de vigília, de hiper atenção, qualquer barulho, eu estava sempre observando muito as coisas, fazendo meio que apontamentos mentais assim e acabava que as visitas e as ações de território não eram confortáveis pra mim, porque eu ficava sempre em alerta. (Coruja).

A violência urbana passa então a ser parte do dia a dia do residente que atua numa área de comunidade, algo que antes parecia mais distante. Essa proximidade pode ser bastante desconfortável, como fica claro nos relatos acima, podendo reverberar de maneira a afastar o residente das vivências de abordagem comunitária e do território, quando não o afasta da própria UBS e do trabalho na APS.

Para contrapor esse primeiro movimento de distanciamento, surgem como elementos protetores para a continuidade do trabalho o vínculo com a população, a longitudinalidade do trabalho e a confiança nos demais profissionais, nos preceptores e na gestão da unidade, como

exposto a seguir.

Acho que a abordagem comunitária perpassa também a confiança nas instâncias de gestão da unidade. Então eu acho que isso foi uma coisa importante pra mim. Eu fui criando aos poucos confiança, fui entendendo que, o grupo de acesso é um grupo que de fato [...] é seguro, então dá pra acreditar, dá pra eu confiar. A gestão da unidade também pensa nesse lado, os preceptores pensam por esse lado. Então eu fui adquirindo confiança. (Coruja).

A violência urbana é apenas a mais explícita das violências, mas vale lembrar que toda negação a direitos básicos como emprego, moradia digna, educação e alimentação saudável também é violência. Quem atua em favelas rapidamente aprende na prática o que é interseccionalidade, uma interação complexa e interconectada de diversas formas de opressão, discriminação e desvantagens sociais (Collins, 2019) e que efeitos ela pode produzir em quem a ela está submetido. Os residentes, ainda que na maioria das vezes não vivenciem diretamente essa interseccionalidade, passam a ter contato com ela através do que contam seus pacientes.

É importante registrar, no entanto, que a aproximação dessas questões pode gerar muito mais do que apenas desconforto.

Eu sou uma mulher branca, classe média, cheia de privilégios desde que eu nasci. Então, eu acho que trabalhar numa favela me traz um choque de realidade que no início foi difícil, mas que hoje em dia eu sinto que só contribui pra minha formação enquanto ser humano e enquanto profissional. Porque a gente tem contato com uma vulnerabilidade muito grande que eu acho que, se você não tomar isso como um desafio que te impede e sim como um estímulo pra você pensar sobre novas estratégias, é muito enriquecedor (Coruja).

Dada a inevitável influência das experiências vivenciadas no campo, esse encontro oferece não apenas a oportunidade de ampliar a compreensão da realidade, mas também o potencial para promover uma reflexão mais crítica sobre ela. Isso reforça o compromisso social e convida os residentes a se tornarem potenciais agentes de transformação na sociedade.

5.5 PAPEL DA PRECEPTORIA NO ENSINO DE ABORDAGEM COMUNITÁRIA

Uma vez que até aqui já trabalhamos o conceito de Abordagem Comunitária, assim como suas potencialidades e desafios em um contexto de residência médica, esta parte do trabalho será dedicada a entender como os preceptores podem amparar seus residentes ao longo desse processo.

Levando em conta tudo que foi exposto até aqui, o preceptor, como médico de Família e Comunidade formado e, em geral, com um vínculo mais longo com as comunidades onde os residentes trabalham, tem o papel de ensinar Abordagem Comunitária, instrumentalizando o residente, mas principalmente facilitando o contato com residentes com as comunidades, contribuindo para sua vivência e ajudando no enfrentamento dos desafios já expostos. Mas antes de sugerir de que maneiras nós, preceptores, podemos atuar no ensino de AC, quero dizer um pouco mais sobre quem nós somos.

Apesar da APS ser a base do nosso sistema de saúde e a ESF ser a estratégia escolhida para que isso aconteça, o Brasil ainda tem uma grande deficiência de médicos especialistas generalistas. Hoje, os MFCs representam apenas 2,3% dos especialistas do Brasil. Somos atualmente 11.255 médicos, dos quais 34,5% são jovens, com 35 anos ou menos. Em 2021, tínhamos um total de 2.300 médicos cursando residência na especialidade, valor que corresponde a aproximadamente 20% do número total de médicos já formados na especialidade (Scheffer, 2023).

Trago essas informações no intuito de mostrar o quão jovem é a especialidade e como sua expansão tem sido rápida.

No programa de residência do PRMFC-RJ, somos aproximadamente 130 preceptores, responsáveis por aproximadamente 230 residentes, espalhados em 23 Clínicas da Família.

Como os conheço, trago seu perfil, ainda que não seja um dado oficial. São, em sua maioria, jovens (< 35 anos), com poucos anos de formação na especialidade (<5 anos de formação), formados pelo próprio PRMFC-RJ e com pouco tempo de vínculo com suas respectivas equipes (< 5 anos).

Na prática, isso representa uma quantidade considerável de preceptores que, apesar de motivados, ainda estão numa etapa de aprimoramento e maturação de sua identidade profissional, e isso incorre em algumas fragilidades comuns a profissionais pouco experientes, como inconsistência clínica, pouco tempo de vivência prática e quase nenhuma capacitação para o ensino (Izecksohn *et al.*, 2017).

Essa é uma dificuldade geral, mas agora quero nos aproximar das questões nesse contexto que impactam o ensino de competências de abordagem comunitária especificamente.

Além dos fatores já mencionados, quero comentar outros dois que podem impactar diretamente essas atividades do meu ponto de vista.

A primeira delas é o fato de que o ensino de AC durante a residência ainda é heterogêneo e frágil em muitos locais (Dobbie *et al.*, 2006). Não tendo recebido uma

formação sólida para essa competência, muitos preceptores acabam não se sentindo capazes para ensiná-la (Lochner *et al.*, 2018) e, dessa forma, acabam perpetuando a falta de aprofundamento na temática.

A segunda consiste no fato de muitos desses profissionais serem deslocados de outras unidades para ocupar as equipes do programa de residência ao se tornarem preceptores e, portanto, iniciam sua vida na preceptoria num local sem vínculo prévio e sem conhecer o território e as comunidades que irá assistir em seus primeiros anos de preceptoria. Isso acrescenta uma camada a mais à dificuldade de se ensinar AC, uma vez que ao mesmo tempo que ensinará, estará aprendendo sobre seu território de atuação.

Agora mais bem situados no contexto em que se desenvolve a preceptoria no PRMFC-SMS/RJ, mas também em muitos outros programas de residência médica em MFC, acho interessante iniciar a discussão sobre qual pode ser o nosso papel como preceptores no ensino de AC aos nossos residentes.

5.5.1 Assumir o papel de educador

Ao virarmos uma esquina recebo a seguinte pergunta do residente que me acompanhava:

- Thais, você acha que existe uma hipersexualização na forma de se vestir das mulheres na favela?

Precisei de alguns segundos. E no tempo de uma única e longa respiração, fui invadida por muitas outras perguntas ao mesmo tempo em que ensaiava uma resposta.

“Essa afirmação é verdadeira? É uma generalização? Ele quis dizer hipersexualização ou superexposição dos corpos? Houve preconceito nessa pergunta? Machismo? Racismo? Esse preconceito foi intencional ou inconsciente? Será que ele percebeu? O que eu sei é suficiente para responder tal pergunta? Carrego também algum preconceito, ainda que inconsciente, que possa aflorar na resposta? O que eu sei é suficiente para responder tal pergunta? Será que alguém se ofendeu?”

Lembro de ter respondido dizendo que não achava que realmente existia uma hipersexualização, mas que acreditava que as construções de corpo, sexualidade e estética no espaço das favelas pudesse ser bastante diferente da que construímos fora dela, por estarmos sujeitos a outras influências.

Ele concordou e pareceu ficar pensativo por um tempo. Minha cabeça também continuou a fervilhar.

...

Será que minha resposta foi suficiente?

O MFC se forma com praticamente nenhuma capacitação para o ensino. Faz-se então necessário que o médico preceptor que esteja disposto a mediar a relação de seus residentes e a comunidade em que trabalha entenda que sua responsabilidade pode e deve ir além de ensinar excelência técnica e transmitir o que sabe.

Como eu mesma pude perceber no decorrer deste estudo, não basta querer ensinar o passo a passo das ferramentas de abordagem comunitária e achar que isso seria suficiente. O objetivo não pode ser só o de transferir conhecimento quando um cenário tão rico para o aprendizado quanto a APS se apresenta.

As atividades de abordagem comunitária talvez sejam as atividades mais provocadoras que dispomos nesse sentido. É na comunidade que o residente se encontra com uma realidade diferente de sua própria, aprendendo e se modificando com ela. Porém, não basta apenas conhecer essa outra realidade. É preciso também problematizá-la e se implicar com ela. E é aqui que entra o preceptor-educador.

Rubens Silva (2016), em sua dissertação, inspirado em Paulo Freire, ressaltou que o cenário em que a realidade do estudante se entrelaça à realidade de pacientes, famílias e comunidades é capaz de sensibilizá-lo e com isso levá-lo a um maior comprometimento com o exercício da cidadania e a transformação social. Porém, para tal, é necessário conduzir a formação dos estudantes numa perspectiva problematizadora, isto é, que os estimule a participar ativamente do seu processo de aprendizado e, principalmente, a questionar a realidade.

Assumindo consciência disso, o preceptor-educador deve agir de forma a estimular seus residentes a irem além de um olhar ingênuo ou fatalista para essa outra realidade, sendo capaz então de trabalhar em seus educandos o desenvolvimento de uma maior consciência crítica.

Portanto, para que o potencial de aprendizado que a APS oferece não seja desperdiçado no processo formativo, não basta ser um bom preceptor; é necessário também se tornar um educador. Ou seja, não apenas transferir conhecimento, mas ser capaz de facilitar o processo de aprendizagem, buscando promover reflexão crítica, conscientização e a emancipação dos residentes, de forma que eles possam atuar ativamente na transformação de suas vidas e da sociedade.

5.5.2 Estar presente

É importante que o preceptor entenda a realização e o acompanhamento de atividades de abordagem comunitária como uma de suas atribuições como formador e como médico de Família e Comunidade. Ele tem um duplo compromisso que deve impedi-lo de se descolar do campo. O primeiro compromisso é com seus pacientes, cujo cuidado passa por conhecer suas

casas, comunidades e formas de viver. O segundo é com seus residentes, que contam com o preceptor para ampará-lo em seus processos formativos e percebem sua ausência nas atividades de abordagem comunitária.

Uma coisa que eu não posso reclamar é que toda visita [domiciliar] que eu faço eu consigo discutir. Mas nem sempre eu tenho o meu preceptor presente comigo ali na visita. E eu não acho que tem que ser sempre, sabe? Eu acho que também você tem que aprender a andar sozinho. Mas eu acho que falta um pouquinho. (Sabiá).

Eu achei que foi muita diferença quando você foi comigo, até pra você ter a oportunidade de discutir ali. Porque o que eu geralmente faço é, no caso de uma visita domiciliar, por exemplo, eu penso que se for algo mais grave, dá pra ligar, dá pra pedir apoio. Mas as vezes na hora que eu chego aqui pra discutir, como a pessoa não estava comigo, ela não tem aquela visão do que eu estou vendo. Então talvez, mesmo eu passando o caso, não consiga pensar tão bem na solução, numa proposta. (Andorinha).

Nas falas acima fica exposto como é comum a ausência do preceptor no campo e como algumas vezes o residente se ressentido com essa falta. Isso acontece porque o espaço que deveríamos dedicar ao acompanhamento dos residentes em suas atividades no território da unidade muitas vezes acaba preenchido por outras atividades, como atendimentos ou demandas administrativas.

Castells (2016), em seu estudo, identificou que a maioria dos preceptores não tem uma agenda de trabalho bem organizada, o que leva seu tempo “livre” a ser disputado por inúmeras outras atividades além das formativas, uma vez que sabidamente há uma demanda excessiva de tarefas para os profissionais da APS. Uma melhor organização dessa agenda permitiria aos preceptores desfrutarem de maior disponibilidade de tempo para as atividades de formação do residente, inclusive as de caráter de abordagem comunitária.

Aqui é válido lembrar os já mencionados desafios para a realização das atividades de abordagem comunitária. Além de um cenário de APS no qual os profissionais são altamente demandados e de desvalorização das atividades de abordagem comunitária em comparação a outras atividades, os desafios de romper com o modelo biomédico e o de entrar em contato com realidades mais duras também continuam a afetar preceptores, tal qual residentes.

A diferença é que do preceptor se espera uma maior intimidade com esses desafios, de forma que este esteja mais habilitado para identificar e lidar com eles, ao mesmo tempo que auxilia o residente na percepção de seu próprio processo. Em um cenário de extremo contraste social e violência urbana, o preceptor precisa assumir o papel de interlocutor e de escuta nos momentos em que a realidade ultrapassa o que o residente consegue lidar (Izecksohn *et al.*, 2017).

Agrega você ver a forma com que ele [o preceptor] entra na casa, a forma com que ele se apresenta, o que ele faz, como ele consegue ajudar. Muitas vezes na visita domiciliar, você não tem muito o que ajudar na parte assim, de tipo... com medicação e tudo mais. A forma que você tem pra ajudar é só o afeto, o acolher. Tentar ajudar de alguma forma ali, mas não tanto como a gente está acostumado a fazer no consultório, né? A gente, “ah toma aqui, sai com receita” e isso sendo meio que a solução. É você ter o espelho ali pra você ver como tu faz, que é assim que ajuda. (Sabiá).

Mais do que o que se faz, é o como se faz. A forma como o preceptor lida com os desafios e encara as atividades de abordagem comunitária pode moldar e inspirar o residente que o acompanha. Se ele for o primeiro a desvalorizar as práticas comunitárias, como motivar seu residente a realizá-las? O preceptor deve lembrar que é um exemplo que o residente segue.

Da minha experiência aqui, eu acho [o ensino de abordagem comunitária] muito presente e eu acho que é muito pelo Grupo de Trabalho [responsável pelas aulas sobre o tema] e pra mim, mais especificamente aqui na unidade, por sua causa. Eu acho que você que nos insere mais nisso, pra questionar sobre isso, pensar sobre isso e tem várias coisas que você já falou que eu termino tentando colocar na prática. (Cegonha).

Na frase acima, a residente destaca o papel incentivador que um preceptor comprometido com o tema pode inspirar. Numa formação de apenas dois anos e na qual há tantos temas nos quais se aprimorar, ter um preceptor que provoque a reflexão sobre o tema e que o pratique com dedicação pode ser inspirador para o residente, uma vez que é sabido o papel do exemplo e do modelo profissional (“*role model*”) no desenvolvimento de habilidades e competências pelos profissionais da área da saúde (Silva *et al.*, 2019).

Pelos motivos acima mencionados, se faz importante estar presente em campo, nas ruas da comunidade, nos eventos locais, no colegiado gestor, nas visitas domiciliares, nos grupos e em outras atividades de abordagem comunitária. Não basta apenas falar sobre, é necessário estar presente e engajado na realização de atividades de caráter comunitário.

5.5.3 Manter-se curioso

Nos despedimos e, enfim, saímos do Complexo de abrigos. Nesse momento me lembro da primeira vez que entrei naquele abrigo há 8 anos. Na ocasião eu ainda era uma estudante de medicina e saí profundamente sensibilizada do local. Lembro de ter descrito para amigos como “um dos lugares mais tristes que já estive”. Lá eu senti o abandono de múltiplas formas, da família, do estado, de si mesmo...

Pergunto então à Beija-flor como foi para ela estar ali pela primeira vez e inesperadamente ela me responde que gostou de ir lá. Que entende melhor o funcionamento do lugar e que percebeu que apesar das limitações,

percebia o cuidado da equipe e que eles estão sendo cuidados da melhor maneira possível. Além disso, se disse mais motivada para promover ações e cuidar da saúde daquelas pessoas.

Fiquei contente e desconfiada ao ouvir isso. Contente por perceber que ela conseguiu focar nas coisas boas que surgiram daquela visita. Desconfiada por achar que ela poderia não estar sendo completamente sincera e estar me dizendo aquilo por imaginar que seria algo que eu gostaria de ouvir.

Perguntei também para a ACS o que ela tinha achado. Ela deu uma opinião semelhante à de Beija-flor. Disse que tinha sido interessante pois nos ajudava a olhar para o lugar e seus moradores de outra forma, nos ajudando a oferecer um melhor cuidado.

Eu não nego que a visita foi interessante e que realmente ajudou a amenizar em partes a sensação de abandono que o abrigo me imprime, mas fiquei refletindo sobre como aquele lugar ainda me dói e se também não teria doído em Beija-Flor.

Preceptores podem passar anos atuando em uma mesma equipe ou unidade, o que pode os levar a uma falsa impressão de que já conhecem bem a comunidade e o local em que atuam. Esse entendimento não é real na medida em que, primeiro, o território segue sempre se transformando e, portanto, é impossível esgotar todo o conhecimento proveniente dele. Segundo, nem sempre a primeira impressão ou entendimento de um território ou comunidade é a que parece, sendo necessário tempo para confirmá-la ou transformá-la.

Tendo a compreensão de que todo conhecimento é incompleto e que sempre há mais a se descobrir, faz-se importante o estímulo à curiosidade, uma qualidade capaz de manter o interesse desse preceptor nas dinâmicas territoriais e comunitárias.

Paulo Freire (2021), em sua *Pedagogia da autonomia*, estimula e reforça a importância do exercício da curiosidade pelos educadores: “Como professor, devo saber que sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo, nem ensino” (Freire, 2021, p. 83). Isso se dá na medida em que a curiosidade é capaz de nos provocar a estar sempre em busca de mais conhecimento ao ponto em que também nos torna mais críticos em relação àquilo que já sabemos.

Para um preceptor, portanto, é importante manter viva essa qualidade ao entrar em contato com a realidade tão rica e diversa das comunidades, assim como a capacidade de se surpreender com suas próprias descobertas, bem como com as descobertas e questionamentos de seus residentes. Dessa forma, estará sempre motivado a estar em campo, aprender e ensinar.

5.5.4 Ser ponte

Começamos a subir o morro. O cenário muda. As ruas se estreitam, se tornam ladeiras, um movimento grande de carros e motos subindo e descendo, olhares curiosos com aquele grupo repleto de jalecos, moradores reconhecem as ACSs e a mim e nos cumprimentam, pichações nos muros. Parei pra pensar se eles repararam nas pichações, mas não os perguntei.

Pica-Pau me perguntou:

“Quem é o Messi?”

Para mim era óbvio que não era o jogador de futebol, então perguntei:

“- Você leu nos muros?”

A resposta foi sim. Eu explico.

Messi foi um dos apelidos do “dono do morro” por muitos anos. Foi criado na comunidade e com o passar dos anos foi se consolidando como liderança do tráfico local. Por ser “cria” do barbante muitos o conheciam e se referiam a ele como uma liderança tranquila pois não exercia sua função com tanta violência quanto outros antigos chefes.

Messi foi assassinado há dois anos por um “segurança” em surto psicótico após o uso de drogas. Foi repentino e mexeu na estrutura da comunidade. Desde então existem muitas homenagens e manifestações de saudade nos muros e nas redes sociais.

Contei parte dessa história para ele. Garça, que nos ouvia, comentou que também reparou numa pichação quando entramos na comunidade:

“Se entrar de noite, vai morrer”.

Nessa, eu nunca havia reparado.

Em geral, os preceptores terão um vínculo mais prolongado com suas unidades, equipes e pacientes e devem fazer uso dessa longitudinalidade a seu favor para o ensino de AC.

Estar num território há mais tempo implica conhecer melhor a história e características locais, a dinâmica territorial, a organização do espaço, a distribuição de poderes, entre outros elementos. Também faz com que tenha melhor compreensão das potencialidades e desafios de trabalhar naquela comunidade.

A ideia aqui não é acreditar que esse conhecimento possa ser apenas transferido, mas o preceptor deve se enxergar como uma ponte entre as comunidades e os residentes, podendo facilitar o seu processo de inserção naquele novo contexto.

Mas igual que a gente foi no colegiado gestor, achei bom, foi interessante ter essa troca, até questão de experiência. Você está aqui na unidade há mais tempo, já conhece os pacientes, já participou de outras ações no território. No caso era a minha primeira vez, aí ter essa troca, eu achei que foi muito legal. Se eu fosse sozinha talvez eu não teria pensado em algumas coisas. Achei que foi bom (Andorinha).

Eu acho que tu precisava falar preu começar a racionalizar as coisas. (Cegonha).

O preceptor aqui é importante, pois ele possui conhecimento tanto da comunidade quanto do residente, e a forma como ele apresentará um elemento ao outro poderá ser diferencial no desenvolvimento dessa nova relação. Nesse momento, muitas vezes o residente

olha para o preceptor antes de se posicionar e o tem como uma referência de como deve se portar diante de situações que fogem à sua experiência prévia.

Aqui, baseada na minha própria experiência, defendo a honestidade no momento de fazer essa facilitação. Não é nosso papel mascarar ou esconder as dificuldades e os desafios de atuar em determinados contextos. Eles estão lá e cedo ou tarde irão se impor. Por esse motivo, acabo sempre optando por apresentá-los, deixando claros também as frustrações, os medos e as inseguranças que considero parte do processo. Faço isso numa tentativa de antecipar a reflexão deles sobre algumas questões, de forma que se não serão pegos de surpresa e se sentirão mais capazes para lidar com elas na medidas em que se apresentarem.

5.5.5 Construir comunidade

As vizinhas informam que J. tem caído muito e por isso já não sai de casa. Ela teve um derrame há 5 anos e tem um problema na mama em acompanhamento num grande hospital, mas o que mais tem preocupado os vizinhos é a insegurança que ela vem apresentando para caminhar, o que aumenta o seu nível de dependência dos outros. Já a encontraram caída algumas vezes e o risco de novas quedas assombra familiares e vizinhos.

Elas seguem contando sobre a rotina de J. e de seus cuidados. Uma vizinha abre a porta de manhã e ajuda com o café da manhã. No fim da tarde outra vai até lá e prepara as medicações da diabetes. Elas também se revezam com os alimentos e preparam sua comida junto com a de suas famílias.

“Não é como a dobradinha que ela fazia aos sábados e servia para a rua toda, mas quebra o galho.” - diz a vizinha brincando.

Nos conta que J. era uma mulher muito forte e ativa antes de adoecer, que era ela quem cuidava dos filhos dos vizinhos enquanto eles trabalhavam.

Compartilho com ela o pensamento que me ocorreu:

“- Ela cuidou dos filhos de todos que moravam em volta e agora todos em volta cuidam dela também?”

A vizinha concordou e achei bonito pensar que alguém que cuidou de sua comunidade agora também é cuidada por ela.

Após tanto refletir sobre Abordagem comunitária, é impossível não parar e refletir também sobre as nossas próprias comunidades. Este último tópico foi escrito, então, com a intenção de falar sobre as comunidades que nós mesmos podemos ajudar a construir como preceptores.

Não falo diretamente sobre abordagem comunitária, mas se nossas próprias comunidades estiverem enfraquecidas, como trabalharemos no fortalecimento de outras?

Sendo o ser humano inerentemente um ser comunitário e as comunidades importantes para a realização de seu pleno potencial, como se discute desde Aristóteles, parece razoável

provocar a reflexão de que nós, preceptores, devemos trabalhar ativamente para a criação de uma comunidade que permita o pleno desenvolvimento de todos os seus integrantes.

O período de residência representa uma fase singular no percurso de formação médica. Os residentes, movidos por um interesse particular por uma área específica da medicina, escolhem instituições que acreditam ser as mais capacitadas para aprofundar seus conhecimentos e esta decisão muitas vezes implica mudanças geográficas, com residentes deixando para trás suas redes familiares e de amizades para se dedicarem intensivamente à prática e ao estudo da especialidade. A residência, portanto, além de um momento de formação profissional, é também o momento de construção de novos laços sociais.

A compreensão, por parte dos preceptores, das especificidades dessa etapa de formação, é relevante na medida em que suas ações podem ou não contribuir para a construção de uma comunidade que ofereça segurança e acolhimento para seus residentes nessa etapa.

Para além de acolhimento, também é importante reconhecer a capacidade de potencializar o aprendizado e desenvolvimento dos membros a partir da troca de experiências e saberes entre eles. Por esse motivo, é também benéfico empreender esforços para a transformação do grupo formado entre preceptores e residentes em uma comunidade de prática, ou seja, num “grupos de pessoas que compartilham uma preocupação, um conjunto de problemas ou uma paixão sobre um tópico e que aprofundam seu entendimento e conhecimento dessa área por meio da interação de forma continuada” (Wenger; McDermott; Snyder, 2002, p. 4).

Dito isso, é importante que os preceptores trabalhem para fortalecer o grupo que compõe junto aos residentes, estimulando a conexão, a troca de experiências e o acolhimento nos momentos de dificuldade. Esse incentivo ao estabelecimento de uma comunidade de aprendizagem segura pode ser diferencial, pois coletivamente é mais fácil vencer os desafios e buscar por novas soluções, o que acrescenta tanto à prática quanto à formação dos indivíduos que a compõem.

Ao se perceberem em uma comunidade que acolhe, ampara e ensina, tanto residentes, como preceptores encontram mais sentido e motivação para produzir e incentivar práticas que fortalecem as relações comunitárias.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A orientação comunitária é um dos atributos derivados da Atenção Primária à Saúde, sendo estruturante para a sua prática. Portanto, na formação de médicos de Família e Comunidade, o desenvolvimento de competências de abordagem comunitária é considerado essencial para sua formação. No entanto, é comum que esses profissionais não encontrem um ambiente propício para esse desenvolvimento durante sua formação. Muitas vezes, a preparação desses médicos para atuar na comunidade fica em segundo plano, limitando-se ao aprendizado de um conjunto de ferramentas, sem explorar plenamente o vasto potencial que a prática na Atenção Primária à Saúde no Brasil pode oferecer.

A percepção da distância entre esse tema e a minha prática como residente e, posteriormente, como preceptora, me mobilizou a refletir sobre como eu poderia contribuir para ver a abordagem comunitária mais presente na formação e, conseqüentemente, na prática de médicos de Família e Comunidade, sendo a pergunta que norteou este estudo: “Como ensinar orientação comunitária para médicos de Família e Comunidade em formação para atuar na Atenção Primária à Saúde?”

Mais do que um interesse pessoal, acredito que o ensino desse tema nas residências contribui de diversas formas para nossa sociedade. Para os pacientes, representa uma melhora no cuidado ofertado, mais integral e adequado às suas necessidades, com melhor adesão e reduzindo as desigualdades em saúde. Para os profissionais, além de uma formação mais completa, o desenvolvimento de atividades de Abordagem Comunitária também coloca o residente em contato com questões que até aquele momento não o haviam alcançado. Esse entendimento mais amplo da realidade pode servir como disparador para um maior comprometimento individual com a transformação social.

A decisão de trabalhar o tema do ensino de Abordagem Comunitária se apresentou como desafiadora do início ao fim, porque há uma grande escassez de pesquisas e referências sobre o tema no Brasil e quase não há publicações sobre o ensino dessa temática no mundo. Assim, restou a essa pesquisadora tentar responder à pergunta norteadora a partir de sua própria vivência e a de seus residentes.

Numa tentativa de ruptura com a ciência positivista, que impregnou minha formação e nos ensina a neutralidade e o distanciamento entre pesquisador e objeto, optei por buscar em mim mesma e nos residentes de minha unidade os caminhos metodológicos para responder à questão deste estudo, elegendo a cartografia como proposta metodológica, acompanhando de

processos a partir da observação participante e de entrevistas. A escolha por uma metodologia qualitativa, de perspectiva cartográfica, fez desta uma pesquisa-intervenção, cuja pretensão não era gerar respostas definitivas, mas gerar reflexão e novas propostas que levem em conta a experiência desta pesquisadora e seus objetos de estudo.

Acredito que meu esforço em romper com a neutralidade positivista, colocando-me como parte deste estudo sem perder o rigor científico, tenha transparecido inúmeras vezes ao longo da sua leitura. Ao leitor que identificou tais flutuações, completo dizendo que romper com o conhecido, apesar de exigir grande esforço, ampliou muito o meu olhar, e o convido a fazer o mesmo movimento.

O objetivo geral deste estudo, portanto, era “conhecer o processo de ensino-aprendizagem da Abordagem Comunitária na residência em Medicina de Família e Comunidade, localizada na Clínica da Família Assis Valente, Rio de Janeiro”, que acredito ter sido alcançado. Ele foi escolhido na intenção de que essa experiência possa, de alguma forma, se coletivizar a partir de sua descrição e discussão.

Ao acompanhar e documentar o processo de ensino-aprendizagem na Clínica da Família Assis Valente, várias facetas da complexidade envolvida no ensino da Abordagem Comunitária foram abordadas.

A primeira dificuldade encontrada foi a falta de uma definição clara para o que se considera Abordagem Comunitária para além de um conjunto de instrumentos. Foi necessário, então, entender como os residentes a definiam e, para este estudo, a AC foi considerada um conjunto de ações e instrumentos que são colocados em prática com o objetivo de melhor compreender e assistir os pacientes da área da adscrição da unidade, a partir da adequação da prática dos profissionais à realidade local e seu compromisso com aquela população.

A partir de sua definição, a realização das atividades de AC se justificou na medida em que foi percebido benefício ao paciente, através de um cuidado mais adequado à sua realidade, ao mesmo tempo que enriquece a prática dos profissionais com o desenvolvimento de habilidades como comunicação e empatia.

No entanto, essa percepção não garante a execução das atividades de AC e, entendendo que os residentes compreendiam a importância de tais atividades, foi necessário investigar o que os distanciava de sua prática.

Os principais desafios encontrados foram a ruptura com um modelo de formação essencialmente biomédico, o encontro com uma realidade muito distante da sua própria e o cenário atual da APS. Porém, é preciso considerar que a presença dos dois primeiros

obstáculos, apesar de exigir um esforço adicional do profissional, pode gerar reflexão e promover crescimento profissional e pessoal, uma vez reconhecidos e enfrentados. Já quanto ao último, referente ao cenário atual da APS, é consequência de como nossos serviços de saúde estão organizados e são avaliados, indo além da capacidade do profissional enfrentá-lo.

O trabalho em favela também apresenta suas especificidades e desafios. A violência foi o aspecto que ficou mais evidente ao longo do trabalho, como um elemento marcante do contato com as favelas e que pode atuar gerando distanciamento e estranhamento por parte dos residentes. Mas esse é apenas o mais explícito contato do residente com a interseccionalidade que atua nas favelas. Da exposição a esse contexto específico, são promovidos aprendizados únicos e potencialmente promotores de engajamento e transformação social.

Por fim, após refletir sobre características e desafios, coloco os preceptores no centro da discussão, por percebê-los como essenciais para o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem do residente de MFC, provocando-os a refletir seu papel nesse contexto e sugerindo maior proximidade com seus residentes nessas atividades, facilitando seus processos, sendo exemplo, sendo ponte e promovendo comunidades de aprendizado saudáveis em suas unidades de saúde.

Esses resultados não correspondem exatamente à hipótese inicial de que os médicos de Família e Comunidade não estavam sendo formados de maneira a valorizar essa prática, quer por falhas na formação, quer por limitações do campo de prática. Na verdade, a valorização dessa prática existe nos residentes e nos MFCs, porém as barreiras que encontram ao longo do caminho e a falta de incentivo parecem capazes de distanciá-los das atividades de AC.

Ainda que este estudo não tenha trazido uma resposta definitiva para esse problema, como era sua intenção inicial, em seus resultados ele deixa inúmeras pistas do que devemos considerar e como podemos agir para contribuir para esse processo.

Essas pistas emergiram tanto da vivência dessa MFC-pesquisadora-preceptora em campo durante as observações participantes, como das entrevistas com os residentes. Essas duas técnicas de coleta de dados se complementaram, enriquecendo este estudo e se adequando à metodologia proposta. Essa é apenas uma das muitas maneiras de explorar esse tema ao mesmo tempo tão rico e tão pouco estudado.

Hoje vejo o quanto o simples fazer desta pesquisa reverberou no campo, nos residentes e principalmente em mim. E para que essa transformação não pare por aqui, agora pretendo continuar a refletir e mudar com meus colegas preceptores da Clínica da Família

Assis Valente, através do compartilhamento dessa experiência, de forma que, junto aos residentes, possamos criar mais oportunidades e condições para incorporar cada vez mais a comunidade às nossas práticas.

Para alcançar esse objetivo, o conteúdo deste estudo será pauta da reunião de preceptores para o planejamento do ano de 2024 da Clínica da Família Assis Valente, que acontecerá no mês de janeiro de 2024. Nesse encontro, serão apresentados os resultados do trabalho e a proposição de uma agenda mais estruturada para os preceptores, de forma que eles possam estar mais próximos dos residentes durante a realização de atividades de Abordagem Comunitária.

Além disso, em fevereiro de 2024, as coordenações dos principais programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro receberão um convite para participação, junto a seus preceptores, em uma roda de conversa sobre o tema, com o objetivo de compartilhar os resultados desta pesquisa e promover o intercâmbio de experiências sobre o tema, de maneira a permitir reflexão e, quem sabe, disparar um processo de mudança.

Nas linhas finais desta pesquisa, percebo o quão caro esse assunto é para mim, já que minha reflexão sobre ele ultrapassa em muito os dois anos deste mestrado. Este trabalho é o resultado de uma década de experiência trabalhando nas favelas do Rio de Janeiro, sendo os últimos seis anos como médica de Família e Comunidade.

Espero que o conteúdo deste trabalho tenha de alguma forma provocado reflexões importantes nos leitores e, quem sabe, tenha o poder de instigar alguma mudança em suas práticas. Faço o convite também àqueles que, como eu, encontram afinidade com este tema, para que realizem suas próprias pesquisas e as compartilhem no meio científico. Existe uma carência significativa de discussão sobre este assunto, e cada contribuição é valiosa para o avanço do conhecimento nessa área.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, L. M. de C. A.; MARTINS, C. L. De que território os médicos do Programa de Saúde da Família estão falando? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 5, n. 17, p. 16-23, 25 mar. 2010.
- ARAÚJO, R. de L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. de. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 39, p. 387-399, jun. 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. Lisboa: [s. n.], 1977.
- BARROS, L. P. de; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2020. v. 1, p. 52-75.
- BIRMAN, P. Favela é comunidade? 22 fev. 2022. **Dicionário de Favelas Marielle Franco**. Disponível em: [https://wikifavelas.com.br/index.php/Favela_%C3%A9_comunidade%3F_\(artigo\)](https://wikifavelas.com.br/index.php/Favela_%C3%A9_comunidade%3F_(artigo)). Acesso em: 24 set. 2022.
- BRASIL. **Constituição Federal**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor AB**. [s. d.]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 19 out. 2023.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 12 out. 2022.
- BRUNELLI, B. *et al.* Orientação Comunitária: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 16, n. 43, p. 2768–2768, 30 maio 2021.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 139–146, 2004.
- CASTELLS, M. A.; CAMPOS, C. E. A.; ROMANO, V. F. Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoría. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 40, p. 461-469, set. 2016.
- CINTRA, A. M. S. *et al.* Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa. **Fractal: Revista de Psicologia**, [S. l.], v. 29, p. 45-53, abr. 2017.
- COLLINS, P. H. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2019.
- COMO SURTIU o nome “Medicina de Família e Comunidade” – Especial 14º CBMFC com João Werner Falk. [S. l.: s. n.], 23 fev. 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=y8nov-qsCH4>. Acesso em: 3 out. 2022.
- COSTA, N. do R.; SILVA, P. R. F. da; JATOBÁ, A. A avaliação de desempenho da atenção

primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 46, p. 08-20, 28 abr. 2023.

DELEUZE, G.; GUATTARI, P.-F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. trad. Aurélio Guerra Neto; Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. v. 1.

DESCARTES, R. **Discurso do método: para bem conduzir a própria razão e procurar a verdade nas ciências**. São Paulo: Paulus, 2002.

DOBBIE, A. *et al.* Evaluating family medicine residency COPC programs: meeting the challenge. **Family Medicine**, [S. l.], v. 38, n. 6, p. 399-407, jun. 2006.

ENCONTRO COM Milton Santos: o mundo global visto do lado de cá. Brasil: Caliban, 2006. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ifZ7PNTazgY>. Acesso em: 18 out. 2023.

FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 5-10, 17 nov. 2004.

FAVELA. *In*: Oxford Languages. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: https://www.google.com/search?q=favela+defini%C3%A7%C3%A3o&rlz=1C1ASVC_pt-BR BR928BR928&sxsrf=ALiCzsbXqROsATQi57sYOTHGFRI_-2KLHA%3A1665880986181&ei=mlNLY8XWCs-j1sQPjs6PgA8&ved=0ahUKEwjFi62jwuP6AhXPkZUCHQ7nA_AQ4dUDCA8&uact=5&oq=favela+defini%C3%A7%C3%A3o&gs_lp=Egdnd3Mtd2l6uAED-AEBM gwQABiABBgNGEYY-QEyBhAAGAcYHjIGEAAYBxgeMggQABgIGAcYHjIKEAAYCB gHGB4YDzIIEAAYCBgHGB4yCBAAGAgYBxgeMggQABgIGAcYHjIKEAAYCBgHGB4 YDzIKEAAYCBgHGB4YD8ICChAAGEcY1gQYsAPCAgUQABiiBJAGCEiZDIDQBliSD XABeAHIAQCQAQCYAa8BoAH1BKoBAzAuNOIDBCBBGADiAwQgRhgAiAYB&sclien t=gws-wiz.

FERREIRA, V. S. Artes e manhas da entrevista compreensiva. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 23, p. 979-992, set. 2014.

FIÚZA, T. M. *et al.* Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 6, n. 18, p. 32-39, 3 mar. 2011.

FRANCESCHINI, A. B. da C.; SAMPAIO, S. dos S.; FRANCESCHINI, T. R. da C. Abordagem Comunitária: Uma perspectiva para a promoção de saúde universal, integral e equânime. *In*: FORSTER, A. C. F.; FERREIRA, J. B. B.; VICENTINE, F. B. (org.). **Atenção à Saúde da Comunidade no Âmbito da Atenção Primária à Saúde na FMRP-USP**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 68. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2021. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Pedagogia_da_autonomia__saberes__necessarios_a_pratica_educativa/58. Acesso em: 18 out. 2023.

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 35, 25 mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMMPMH/?lang=pt>. Acesso em: 10 out.

2022.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2>. Acesso em: 10 out. 2022.

GÓIS, C. W. de L. **Saúde Comunitária: pensar e fazer**. 1. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

GONDIM, G. M. de M. *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e territorialização. **Território, Ambiente e Saúde**, [S. l.], p. 183-203, 2008.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. Território e territorialização. [S. l.]: EPSJV, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39894>. Acesso em: 13 out. 2022.

GONTIJO, T. L. *et al.* Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 41, p. 741-752, set. 2017.

HARZHEIM, E. *et al.* Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, p. 1399-1408, maio 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Noções Básicas de Geografia**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

IZECKSOHN, M. M. V. *et al.* Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 737-746, mar. 2017.

KARK, S. L.; KARK, E. An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. **Israel Journal of Medical Sciences**, [S. l.], v. 19, n. 8, p. 707-713, ago. 1983.

KAUFFMAN, J.-C. **A entrevista compreensiva: um guia para a pesquisa de campo**. Petrópolis: Vozes, 2013.

KOCHE, J. C. **Fundamentos de Metodologia Científica**. [S. l.], p. 185, 1997.

LERMEN JUNIOR, N. (org.). **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. [S. l.]: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 25 set. 2022.

LOCHNER, J. *et al.* Transforming a Family Medicine Residency Into a Community-Oriented Learning Environment. **Family Medicine**, [S. l.], v. 50, n. 7, p. 518-525, jul. 2018.

LONGLETT, S. K.; KRUSE, J. E.; WESLEY, R. M. Community-oriented primary care: critical assessment and implications for resident education. **The Journal of the American Board of Family Practice**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 141-147, abr. 2001.

- LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Princípios da medicina de família e comunidade. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C.; CABALLERO, R. Abordagem Comunitária: diagnóstico de saúde da comunidade. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 1, p. 305-312.
- MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L.; COLVERO, L. de A. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. ág. 203-211, 25 set. 2013.
- MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 8, n. 14, p. 21-32, fev. 2004.
- MINAYO, M. C. de S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. *In*: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2021. p. 56-71.
- MONKEN, M.; GONDIM, G. M. de M. **Território: lugar onde a vida acontece**. [S. l.]: EPSJV, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39428>. Acesso em: 13 out. 2022.
- MORIN, E. **Ciência com consciência**. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmxb3N0YW5kb2RlZmlsb3NvZmlhcGRmfGd4OmRlZmY4NDZiODkzYmNkMw>. Acesso em: 3 out. 2022.
- MULLAN, F.; EPSTEIN, L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. **American Journal of Public Health**, [S. l.], v. 92, n. 11, p. 1748-1755, nov. 2002.
- MURPHY, M. J. The development of a community health orientation scale. **American Journal of Public Health**, [S. l.], v. 65, n. 12, p. 1293-1297, dez. 1975.
- NEGRI, A. **A constituição do comum**. [S. l.: s. n.], 2005. Disponível em: <https://fabiomalini.com/dossie-negri-e-foucault/a-constituicao-do-comum-por-antonio-negri/>. Acesso em: 19 out. 2023.
- NUTTING, P. A.; CONNOR, E. M. (Org.). **Community Oriented Primary Care: A Practical Assessment: Volume II**. Washington (DC): National Academies Press (US), 1984. v. 2, Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK217633/>. Acesso em: 9 out. 2022.
- OBERG, L. P. O conceito de comunidade: problematizações a partir da psicologia comunitária. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 709-728, ago. 2018.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. [S. l.]: Editora Sulina, 2020. p. 17-31.
- PELBART, P. P. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

QUEIROZ, D. T. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, [S. l.], p. 276–283, jun. 2007.

REGO, S. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos.** [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/b37sm>. Acesso em: 17 out. 2023.

RIBEIRO, M. T. A. M. *et al.* **Abordagem Comunitária pelo Médico de Família e Comunidade.** Porto Alegre: Artmed, 2010(Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF), Ciclo 5, Módulo 2.).

ROCHA, T. G. da; KASTRUP, V. Partilha do sensível na comunidade: interseções entre psicologia e teatro. **Estudos de Psicologia (Natal)**, [S. l.], v. 13, p. 97–105, ago. 2008.

RODRIGUES, L. H. G.; DUQUE, T. B.; SILVA, R. M. da. Fatores Associados à Escolha da Especialidade de Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 44, n. 3, p. e078, 2020.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, [S. l.], v. 21, p. 166–173, ago. 2009.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 13, n. 6, p. 1027–1034, dez. 2005.

SANTOS DE SOUZA, D. **Favela, o “sertão” da cidade”:** o arraial de Canudos no imaginário acerca das primeiras favelas cariocas. 2017. Licenciatura em História – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brazil, 2017. Disponível em: http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=34095@1. Acesso em: 15 out. 2022.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção.** São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

SCHEFFER, M. (org.). **Demografia Médica no Brasil 2023.** 6. ed. São Paulo: Cristiane de Jesus Almeida, 2023.

SILVA, R. C. F. da. **As potencialidades da atenção primária à saúde na formação de médicos comprometidos com a transformação social.** 23 ago. 2016. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/25673>. Acesso em: 18 out. 2023. (Accepted: 2018-08-17T21:03:48Z).

SILVA, R. C. da; SIMON, C. P. Sobre a diversidade de sentidos de comunidade. **Psico**, [S. l.], v. 36, n. 1, 2005. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1373>. Acesso em: 16 out. 2022.

SILVA, S. A. da; FRACOLLI, L. A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 69, p. 54-61, fev. 2016.

SILVA, L. C. *et al.* O professor como modelo aos seus estudantes: perspectivas da área da saúde. **Scientia Medica**, [S. l.], v. 29, n. 4, p. e35862-e35862, 6 dez. 2019.

SIMONINI, E. Linhas, tramas, cartografias e dobras: uma outra geografia nos cotidianos das esquisas. *In*: GUEDES, A. O.; RIBEIRO, T. **Pesquisa, alteridade e experiência: metodologias minúsculas**. Rio de Janeiro: Editora Ayvu, 2019. p. 73-92.

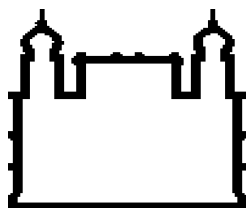
STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

WENGER, E.; MCDERMOTT, R. A.; SNYDER, W. **Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge**. [S. l.]: Harvard Business Press, 2002.

WHO. **Declaration of Alma-Ata. Primary Health Care – Report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978**. Genebra: [s. n.], 1978.

ZAGO, N. A Entrevista e seu processo de construção: reflexões com base na experiência prática de pesquisa. **Itinerários de pesquisa: perspectivas qualitativas em Sociologia da Educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO RESIDENTE



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **“Onde está a Comunidade na formação do Médico de Família e Comunidade?”**, desenvolvida por **Thaís Ranzani Tiseo**, discente do Mestrado Profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, sob orientação da Professora Dra. Valéria Ferreira Romano

A Atenção Primária à Saúde é, por definição, a porta de entrada no sistema de saúde. Com a constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde, a APS no Brasil foi estruturada com base na universalidade, equidade e integralidade no cuidado à pessoa, sua família e sua comunidade. Para que a APS seja de qualidade, ela deve se pautar em atributos essenciais e derivados. Entre os atributos derivados, está a orientação comunitária. Levando-se em conta que a saúde não é feita apenas dentro das quatro paredes de um consultório, é preciso explorar outros espaços e oportunidades para que a saúde na APS aconteça na sua integralidade. Apesar dessa noção, esse campo ainda é pouco explorado por muitos Médicos de Família e Comunidade.

Essa pesquisa tem como objetivo central: Cartografar o processo ensino-aprendizagem da abordagem comunitária com médicos residentes da Clínica da Família Assis Valente, localizadas na Ilha do Governador, na zona norte do Rio de Janeiro e participante do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

O convite à sua participação se deve ao fato de você ser parte desse grupo de residentes médicos e de considerarmos suas vivências em abordagem comunitária essenciais para o desenvolvimento dessa pesquisa. Essa pesquisa terá caráter qualitativo e será realizada

através de observação participante das suas atividades de abordagem comunitária e entrevistas, e terá duração aproximada de 7 meses, com término previsto para 31 de agosto do ano de 2023.

Sua participação consistirá em ser acompanhado pela pesquisadora em algumas das suas atividades de campo que envolvam abordagem comunitária entre os meses de Fevereiro e Junho de 2023. Essas vivências serão registradas no diário de campo da pesquisadora. Você também será convidado para responder a uma entrevista compreensiva conduzida pela mesma pesquisadora sobre suas experiências de abordagem comunitária na residência. Essa atividade será combinada com antecedência e terá duração aproximada de 30 (trinta) minutos, feita em ambiente confortável e sigiloso, e terá como base um questionário semi-estruturado. Seu áudio será gravado, caso autorizado, para posterior transcrição. Você terá a liberdade de recusar-se a responder as perguntas que, porventura, possam gerar constrangimento de qualquer natureza.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para aceitar participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos ao pesquisador sempre que julgar necessário.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando ao pesquisador responsável. Sua recusa, desistência ou a suspensão do seu consentimento não acarretará qualquer prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

Os riscos potenciais dessa pesquisa estão relacionados ao desconforto ou constrangimento de ser acompanhado em suas atividades de campo e da participação em entrevistas. Caso esse incômodo seja expresso ou percebido pela pesquisadora, o participante poderá solicitar ou ser perguntado se deseja a interrupção da atividade e sua resposta será respeitada. Caso o participante venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais e/ou extrajudiciais conforme previsto no Código Civil Lei 10,406 DE 2002, artigos 927 e 954 e Resolução CNS/MS nº 510 de 2016, art. 19.

Os benefícios indiretos relacionados à sua participação nesta pesquisa serão os conhecimentos advindos desse trabalho de mestrado, que poderão servir para melhorar ou encorajar o desenvolvimento de atividades de abordagem comunitária melhor adequados aos

programas de residência, seus residentes e às comunidades de atuação desses programas, enriquecendo e qualificando a formação profissional e a assistência à comunidade. O benefício direto serão as trocas com a pesquisadora que poderão contribuir para potencializar suas reflexões com a temática de abordagem comunitária.

Os dados coletados nas entrevistas, bem como o diário de campo da pesquisadora, serão utilizados apenas neste trabalho de conclusão de curso e os resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O material coletado nas entrevistas será gravado em áudio e posteriormente será transcrito e armazenado, em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora e sua orientadora. Todo o material será mantido em arquivo por pelo menos cinco (05) anos e ao final desse prazo será descartado, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16. É válido ressaltar que apesar dessas medidas, existe o risco indireto de sua identificação como participante do grupo pesquisado por se tratar de um estudo com um grupo restrito de participantes.

Os resultados serão apresentados aos participantes em uma palestra dirigida ao público participante, seus preceptores e ao programa de residência responsável pela formação dos mesmos.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS/RJ. Os Comitês são formados por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Você receberá uma via deste termo onde constam os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo esclarecer suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, solicitamos que rubrique todas as páginas e assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra da pesquisadora responsável que também cumprirá esse procedimento.

Thaís Ranzani Tiseo

Pesquisadora responsável discente do Mestrado Profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Telefone: (11) 971132344 - E-mail: tharanzani@gmail.com

Orientadora: Valeria Ferreira Romano - Telefone: (21) 99138-3299 - e-mail: valeriaromano34@gmail.com

CEP/ENSP: (21) 2598-2863 - E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210
Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”

CEP-SMS/RJ - Telefone: 2215-1485 - e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br
Rua Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro. Rio de Janeiro-RJ - CEP 20031-040

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e concordo voluntariamente em participar do estudo “**Onde está a Comunidade na formação do Médico de Família e Comunidade?**”, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício. Declaro ainda que concordo em participar do estudo e recebi uma via assinada deste documento.

- Autorizo a gravação em áudio da entrevista
 Não autorizo a gravação em áudio da entrevista

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20____.

Nome legível do (a) participante: _____

Assinatura do (a) participante: _____

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **“Onde está a Comunidade na formação do Médico de Família e Comunidade?”**, desenvolvida por **Thaís Ranzani Tiseo**, discente do Mestrado Profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, sob orientação da Professora Dra. Valéria Ferreira Romano.

Esse estudo tem por objetivo entender a importância das atividades de abordagem comunitária para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. Para que isso aconteça, é necessário o acompanhamento dos mesmos por uma pesquisadora durante suas atividades de campo, inclusive durante suas visitas domiciliares, para um melhor entendimento das experiências significativas para o aprendizado dessa prática que consideramos essencial para a sua formação.

Estão sendo acompanhados os médicos residentes da Clínica da Família Assis Valente, localizadas na Ilha do Governador, na zona norte do Rio de Janeiro, clínica responsável pelo atendimento do local onde o senhor(a) mora.

O convite a sua participação se dá, pois sua visita domiciliar será observada nesse contexto, a partir de um método qualitativo conhecido como observação participante. Sua participação consiste em autorizar que a pesquisadora observe a consulta que o residente realizará em seu domicílio no dia de hoje.

A pesquisadora irá registrar essa experiência num diário de campo e essa visita poderá ter trechos descritos e comentados em sua pesquisa posteriormente. Esse diário de campo será utilizado apenas neste trabalho de mestrado e os resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e

confidencial e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Todo o material será mantido em arquivo por pelo menos cinco (05) anos e ao final desse prazo será descartado, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

Os riscos potenciais dessa pesquisa estão relacionados ao desconforto ou constrangimento de ter sua consulta médica acompanhada por uma pesquisadora. Em caso de incômodo, você poderá solicitar que a mesma se retire da visita, o que será prontamente respeitado. Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais e/ou extrajudiciais conforme previsto no Código Civil Lei 10,406 DE 2002, artigos 927 e 954 e Resolução CNS/MS nº 510 de 2016, art. 19.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa são os conhecimentos provenientes desse trabalho, que poderão servir para melhorar o ensino de abordagem comunitária para residentes se especializando em medicina de família e comunidade, o que indiretamente refletirá na melhor qualidade dos profissionais que servirão sua comunidade e nossa sociedade.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para aceitar participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos ao pesquisador sempre que julgar necessário.

A qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando ao pesquisador responsável. Sua recusa, desistência ou a suspensão do seu consentimento não acarretará qualquer prejuízo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS/RJ. Os Comitês são formados por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Você receberá uma via deste termo onde constam os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo esclarecer suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, solicitamos que rubrique todas as

páginas e assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra da pesquisadora responsável que também cumprirá esse procedimento.

Thaís Ranzani Tiseo

Pesquisadora responsável discente do Mestrado Profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Telefone: (11) 971132344 - E-mail: tharanzani@gmail.com

Orientadora: Valeria Ferreira Romano - Telefone: (21) 99138-3299 - e-mail: valeriaromano34@gmail.com

CEP/ENSP: (21) 2598-2863 - E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”

CEP-SMS/RJ - Telefone: 2215-1485 - e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Rua Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro. Rio de Janeiro-RJ - CEP 20031-040

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e concordo voluntariamente em participar do estudo “**Onde está a Comunidade na formação do Médico de Família e Comunidade?**”, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício. Declaro ainda que concordo em participar do estudo e recebi uma via assinada deste documento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____.

Nome legível do (a) participante: _____

Assinatura do (a) participante: _____

APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

<p>Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca</p> <p>Mestrado Profissional em Saúde Pública</p> <p>FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ</p>
--

Roteiro de Entrevista

Dados individuais:

- Nome:
- Idade:
- Ano de Residência:
- Cor/ Raça:

Perguntas propostas:

- 1) O que você considera abordagem Comunitária?
- 2) Como você se sente realizando atividades de abordagem comunitária na sua residência?
- 3) Como é, para você, sair do consultório e ir para a comunidade?
- 4) Você acredita que conhecer mais sobre a comunidade em que você atua pode influenciar a sua prática?
- 5) Mais especificamente, você acredita que trabalhar com abordagem comunitária num território de favela modifica sua prática?
- 6) Como você percebe ser o ensino da abordagem comunitária na sua residência?
- 7) O que você deixa e o que você leva da experiência de ensino-aprendizagem da abordagem comunitária na sua residência?

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL
UNIDADE DE SAÚDE

A Clínica da Família Assis Valente da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: “Onde está a comunidade na formação do médico de família e comunidade”, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Thais Ranzani Tiseo**, matriculada no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuente” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 25/11/2022.

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Clarice da Silva de Abreu
Matricula: N1161471
Gerente ESF
CF Assis Valente

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DO PRMFC/SMS-RJ**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL****Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade- PRMFC/SMS-RJ**

O Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: “Onde está a comunidade na formação do médico de família e comunidade”, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Thaís Ranzani Tiseo**, matriculada no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde Pública, da **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz**.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de Anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012 e 510/2016 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuente” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 28/11/2022

Coordenador (a) do Programa
de Residência em Medicina de
Família e Comunidade/SMS-RJ
CNPJ: 29.468.055/0001-02

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Daniel da Medeiros Garayago", written over a horizontal line.

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade