

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Natália Campos Parente

**Expressividade do profissionalismo médico no internato de
Medicina em saúde da família**

Eusébio

2020

Natália Campos Parente

**Expressividade do profissionalismo médico no internato de
Medicina em saúde da família**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Prof. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado.

Coorientadora: Prof. Dra. Maria Rosilene Cândido Moreira.

Eusébio

2020

Título do trabalho em inglês: Expressiveness of medical professionalism Internship in family health.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

P228e Parente, Natália Campos.
Expressividade do profissionalismo médico no internato de medicina em saúde da família / Natália Campos Parente. -- 2020.
135 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Maria de Fátima Antero Sousa Machado.
Coorientadora: Maria Rosilene Cândido Moreira.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) –
Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2020.

1. Educação Médica. 2. Saúde da Família. 3. Competência Profissional. 4. Ética Médica. 5. Pesquisa Qualitativa. I. Título.

CDD – 23.ed. – 610.7

Natália Campos Parente

**Expressividade do profissionalismo médico no internato de
Medicina em saúde da família**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 11 de dezembro de 2020.

Banca Examinadora

Prof.^a. Dra. Evanira Rodrigues Maia
Universidade Regional do Cariri

Prof.^a. Dra. Sharmenia de Araújo Soares Nuto
Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a. Dra. Vanira Matos Pessoa (Suplente)
Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Maria Rosilene Cândido Moreira (Coorientadora)
Universidade Federal do Cariri

Prof.^a. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz

Eusebio

2020

DEDICATÓRIA

A minha vizinha Eliana e meu vizinho Abiná pelo amor e cuidado que sempre tiveram por mim.

Aos meus pais, Parente e Adriana, pelo esforço e dedicação em me proporcionar uma educação que me permitisse chegar até aqui.

Ao meu amor Robson, meu companheiro de vida e incentivador da minha carreira acadêmica.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Às professoras Dra. Fátima Antero e Dra. Rosilene Cândido pelo apoio, compreensão, ensinamentos para vida pessoal e profissional, disponibilidade, paciência, exemplos de docentes e tantos outros atributos que não caberiam nestas páginas. Vocês foram indispensáveis na construção deste trabalho e conseqüentemente na evolução de minha vida profissional.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela sabedoria, discernimento e companhia permanente durante a caminhada.

A meus irmãos Arthur e Adriano companheiros indispensáveis da minha vida.

A tia Lili e tia Abiana pelo amor e apoio em todos os momentos.

A todos os familiares e amigos pelo incentivo e carinho.

À Fiocruz, pela excelência do Mestrado Profissional.

Aos alunos do internato em Saúde da Família pela disponibilidade em contribuir com este trabalho.

RESUMO

Objetivo: a presente pesquisa objetivou analisar a expressividade do profissionalismo médico como competência profissional na formação médica em saúde da família. Método: a primeira etapa ocorreu por meio de um estudo qualitativo, de caráter descritivo, do tipo estudo de caso, realizado a partir da análise documental do projeto pedagógico de um curso médico sediado ao sul do estado do Ceará. Os dados foram organizados e analisados à luz da Matriz de Competências do Profissionalismo Médico no Brasil. A fase seguinte se deu por meio de um estudo quantitativo e descritivo, realizado com os graduandos do internato em saúde da família. Participaram 55 graduandos, que responderam à aplicação da técnica de associação livre de palavras, mediante o estímulo indutor “profissionalismo médico”. Os dados foram processados pelo software IRaMuTeQ e realizadas a análise prototípica e análise de similitude, que foram interpretadas com apoio da literatura revisada. Por fim, os internos responderam a aplicação de questionário eletrônico, composto pelos domínios da Matriz de Competências para o Profissionalismo Médico no Brasil e que foram analisados no programa SPSS versão 23.0 por estatística descritiva. Resultados: os domínios competência cultural e compromisso com a competência técnica se destacaram no material analisado, em oposição aos demais, que foram identificados com menor frequência. Na análise prototípica, a palavra “ética” foi a mais evocada para representar o conceito de profissionalismo médico ($f=39$; $OME=2,1$), compondo o núcleo central das evocações. Na análise de similitude, verificou-se que os formandos compreendem que para desenvolver o profissionalismo médico é importante buscar por “ética” atrelada à “humanização”, “paciência”, “amor”, “respeito” e outras “competências” através de esforços por novos “conhecimentos” para aperfeiçoamento profissional. A magnitude de expressão dos domínios do profissionalismo médico mobilizados pelos estudantes foi alta entre a maioria dos graduandos (50,9%), mas apresentando variações conforme cada domínio. Compromisso com a competência técnica e prática reflexiva e autoconhecimento obtiveram, igualmente, baixa expressividade (47,3%). Considerações finais: ao finalizar a pesquisa foi possível obter um panorama dos resultados encontrados que apontam diferenças quanto à magnitude de expressão desta competência na formação dos estudantes. As evidências oriundas do projeto pedagógico do curso demonstram que sua redação contempla os domínios do profissionalismo de forma fragmentada e algumas vezes pontual. Além disso, os níveis mais elevados de expressividade do profissionalismo foram verificados em pouco mais da metade dos estudantes, revelando a carência na abordagem desta competência nos cenários de ensino-aprendizagem.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Profissionalismo, Internato médico

ABSTRACT

Objective: this research aimed to analyze the expressiveness of medical professionalism as a professional competence in medical education in family health. Method: the first stage occurred through a qualitative, descriptive study, of the case study type, carried out from the documentary analysis of the pedagogical project of a medical course based in the south of the state of Ceará. The data were organized and analyzed in the light of the Competence Matrix of Medical Professionalism in Brazil. The next phase took place through a quantitative and descriptive study, carried out with the graduates of the boarding school in family health. Fifty-five (55) undergraduates participated, who responded to the application of the technique of free association of words, through the inducing stimulus "medical professionalism". The data were processed by the IRaMuTeQ software and prototype analysis and similarity analysis were performed, which were interpreted with support from the reviewed literature. Finally, the interns answered the application of an electronic questionnaire, composed of the domains of the Competence Matrix for Medical Professionalism in Brazil, which were analyzed in the SPSS version 23.0 program using descriptive statistics. Results: the domains of cultural competence and commitment to technical competence stood out in the analyzed material, in opposition to the others, which were identified less frequently. In the prototypical analysis, the word "ethics" was the most evoked to represent the concept of medical professionalism ($f = 39$; $OME = 2.1$), making up the central core of the evocations. In the similitude analysis, it was found that the trainees understand that in order to develop medical professionalism it is important to search for "ethics" linked to "humanization", "patience", "love", "respect" and other "skills" through searches for new "knowledge" for improvement professional. The magnitude of expression of the domains of medical professionalism mobilized by students was high among the majority of students (50.9%), but varying according to each domain. Commitment to technical competence and reflective practice and self-knowledge also obtained low expressiveness (47.3%). Final considerations: at the end of the research, it was possible to obtain an overview of the results found that point out differences regarding the magnitude of expression of this competence in the training of students. The evidence from the course's pedagogical project shows that its writing contemplates the domains of professionalism in a fragmented and sometimes punctual manner. In addition, the highest levels of expressiveness of professionalism were verified in just over half of the students, revealing the lack of approach to this competence in the teaching-learning scenarios.

Keywords: Family Health Strategy, professionalism, medical internship.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Análise de similitude das evocações dos estudantes sobre profissionalismo médico..	92
Figura 2. Face anterior do painel para avaliação da expressividade do profissionalismo médico.....	119
Figura 3. Face posterior do painel para avaliação da expressividade do profissionalismo médico.....	120
Quadro 1. Matriz de Competências de Profissionalismo Médico no Brasil.....	31
Quadro 2. Expressões do domínio competência cultural identificadas no projeto pedagógico do curso de Medicina.....	45
Quadro 3. <i>Checklist</i> referente ao domínio competência cultural.....	46
Quadro 4. Expressões do domínio comprometimento com aspectos éticos identificadas no projeto pedagógico do curso de medicina.....	51
Quadro 5. <i>Checklist</i> referente ao domínio comprometimento com os aspectos éticos.....	52
Quadro 6. Expressões do domínio compromisso com a competência técnica identificadas no projeto pedagógico do curso de Medicina.....	56
Quadro 7. <i>Checklist</i> referente ao domínio compromisso com a competência técnica.....	57
Quadro 8. Expressões do domínio comprometimento com o paciente, o serviço de saúde e a profissão identificadas no projeto pedagógico do curso de Medicina.....	61
Quadro 9. <i>Checklist</i> referente ao domínio comprometimento com o paciente, o serviço de saúde e a profissão.....	62
Quadro 10. Expressões do domínio habilidades de colaboração e comunicação identificadas no projeto pedagógico do curso de Medicina.....	66
Quadro 11. <i>Checklist</i> referente ao domínio habilidades de colaboração e comunicação.....	66
Quadro 12. Expressões do domínio prática reflexiva e autoconhecimento identificadas no projeto pedagógico do curso de Medicina.....	70
Quadro 13. <i>Checklist</i> referente ao domínio prática reflexiva e autoconhecimento.....	70
Quadro 14. Expressões do domínio responsabilidade social identificadas no projeto pedagógico do curso de Medicina.....	73
Quadro 15. <i>Checklist</i> referente ao domínio responsabilidade social.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Informações sociodemográficas expressas pelos estudantes do curso de Medicina...	87
Tabela 2. Análise prototípica das evocações da TALP apresentadas no período do internato médico na Estratégia Saúde da Família.....	89
Tabela 3. Magnitude de expressão atribuída pelos internos quanto aos itens da matriz de competências para o profissionalismo médico no Brasil.....	106
Tabela 4. Magnitude de expressão dos domínios do profissionalismo médico atribuídos pelos internos.....	108

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF – Estratégia Saúde da Família
EBM – Evidence-Based Medicine
IES – Instituição de Ensino Superior
HRC – Hospital Regional do Cariri
NAES – Núcleo de Apoio ao Estágio
OME – Ordem Médica de Evocação
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão
PBL – Problem-Based Learning
PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PPC – Projeto Pedagógico de Curso
QID – Quadrante Inferior Direito
QIE – Quadrante Inferior Esquerdo
QSD – Quadrante Superior Direito
QSE – Quadrante Superior Esquerdo
RENASF - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS – Sistema Único de Saúde
TALP – Técnica de Associação Livre de Palavras
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNC – Teoria do Núcleo Central
TT – Team-Training
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1 A FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL.....	21
3.2 A FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E EM SAÚDE DA FAMÍLIA.....	23
3.3 O PROFISSIONALISMO MÉDICO E O SEU EXERCÍCIO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	24
4. MÉTODO.....	29
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	29
4.2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
4.3. CENÁRIO DE ESTUDO.....	32
4.4. PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	33
4.5. PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	33
4.5.1 Coleta Documental.....	33
4.5.2 Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP).....	34
4.5.3 Questionário sobre profissionalismo médico.....	35
4.6. PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4.6.1. Análise do Projeto Pedagógico de Curso.....	35
4.6.2 Análise das palavras evocadas.....	36
4.6.3 Análise dos itens do questionário.....	38
4.7. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	38
4.8. LIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	39
5 RESULTADOS.....	40
CAPÍTULO 1.....	41

CAPÍTULO 2	83
CAPÍTULO 3	101
6. CONCLUSÕES	117
7. PROPOSTA DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA AVALIAÇÃO DA EXPRESSIVIDADE DO PROFISSIONALISMO MÉDICO NAS ATIVIDADES DO INTERNATO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.....	119
REFERÊNCIAS	121
APÊNDICE A.....	130
APÊNDICE B.....	132
APÊNDICE C.....	133
APÊNDICE D.....	136

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido mundialmente como um dos mais amplos serviços de saúde gratuitos. Seus fundamentos estão ancorados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Contudo, o SUS atravessa um período de ameaças à sua continuidade, apoiadas em cortes orçamentários, revogação de suas políticas e incentivo à privatização da saúde. Com isso, conquistas importantes, realizadas por meio do SUS também estão ameaçadas, dentre elas, a Estratégia Saúde da Família (ESF) (LAZARINI; SODRÉ, 2019).

A ESF foi proposta em 2006, com o intuito de ser a estratégia prioritária para organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no país. Constitui a porta de entrada e local privilegiado para ações e serviços de saúde diversificados que objetivam reorientar o modelo de atenção à saúde da população, aproximando-se das pessoas residentes em um território definido e considerando o processo saúde-doença como consequência de fatores individuais, coletivos e dos determinantes sociais da saúde (MACHADO et al., 2016).

A ESF prioriza a produção de saúde compartilhada por meio de equipes multiprofissionais, que são responsáveis por implementar os atributos essenciais e derivados deste nível da atenção no processo de cuidado dos seus usuários. Os atributos essenciais são: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Os derivados são: orientação familiar, comunitária e competência cultural (CARRER et al., 2016). O conjunto destas características confere à ESF a capacidade de reduzir as iniquidades existentes no setor saúde.

O acesso de primeiro contato refere-se à disponibilidade do serviço em acolher todas as demandas dos seus usuários durante o horário de atendimento, sem restrições, dando-lhes, dentro de suas possibilidades, a melhor resolutividade. A longitudinalidade do cuidado diz respeito ao acompanhamento do usuário durante todo o ciclo da vida, desde o nascer até o morrer. A integralidade relaciona-se à execução de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, suas famílias e comunidade. A coordenação do cuidado é a tarefa de organizar e garantir o atendimento dos usuários em todos os níveis da atenção à saúde que se fizerem necessários para o estabelecimento e manutenção da saúde dos indivíduos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A orientação familiar decorre da necessidade de considerar as influências do contexto familiar na situação de saúde dos usuários. A orientação comunitária concerne nos efeitos que o contato com a comunidade, os aspectos epidemiológicos, sanitários e os determinantes sociais da saúde têm sob o processo de saúde-doença. A competência cultural traduz o reconhecimento

das diferentes necessidades populacionais, dependendo das suas características étnicas, raciais e culturas e sua interferência no adoecimento destes grupos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Para a produção deste conjunto diversificado de ações, é necessário que os profissionais da equipe multiprofissional possuam as competências específicas para a atuação na ESF.

Para Perrenoud (2000), competência é a capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar diversos tipos de situações. As competências mobilizam, integram e orquestram conteúdos referentes a conhecimentos, habilidades e atitudes. Esta mobilização de competências sofre variação, dependendo da situação em que são mobilizadas.

Competências são definidas também como as características individuais de aspectos cognitivos, técnicos e comportamentais, que podem diferenciar o desempenho efetivo exigido dos profissionais para o contexto de trabalho. Os aspectos cognitivos referem-se ao saber científico, a técnica ao saber fazer e o comportamento ao ser (MACHADO et al., 2018).

Pode-se compreender competência também como a capacidade de utilizar diferentes recursos para solucionar, de forma eficaz, diferentes situações, mobilizando os mais variados domínios, dentre eles, uma combinação de conhecimentos, motivações, valores, atitudes, ética, emoções, bem como outros componentes que envolvem o caráter social e comportamental que, em conjunto, permitem gerir situações complexas e instáveis que facilitam a tomada de decisão e à resolução de problemas (PORTO, 2018).

Na área da saúde são exigidas diversas competências de seus trabalhadores. Uma destas competências é o profissionalismo. Definido como a união do uso rigoroso da comunicação, do conhecimento, das habilidades técnicas, do raciocínio clínico, das emoções, dos valores, da ética e das reflexões da prática diária, para o benefício do indivíduo e da comunidade (MENDONÇA et al., 2016), delineando-se no conjunto de comportamentos, atitudes e padrões humanísticos de boas práticas, que garantem a qualidade dos cuidados em saúde (SANTOS et al., 2017).

Profissionalismo também é compreendido como condutas, objetivos e qualidades que caracterizam um profissional e a profissão exercida por ele. Um profissional que, em seu exercício laboral, mobiliza profissionalismo, quando observa atentamente os detalhes de cada ação, procura melhorar e desenvolver habilidades, está preparado para reconhecer erros, aprender com eles e tomar as medidas adequadas para evitar que ocorra novamente, além de assumir uma atitude humanitária e ética. Nesta perspectiva, o profissionalismo pode ser visto como uma atividade e não apenas um conjunto de regras (NAIDOO, 2016).

Especificamente na área médica, o profissionalismo médico foi definido e validado por Porto (2018) que o descreve como uma competência médica essencial que não depende somente

da cognição. Agir com profissionalismo médico é ser capaz de conduzir práticas profissionais pertinentes em relação às exigências de um posto de trabalho. É uma tarefa/missão que o médico deve cumprir. Esta será a definição adotada neste estudo.

No processo formativo em Medicina, o ensino do profissionalismo médico implica desenvolver no estudante a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com situações, problemas e dilemas da vida real. Não significa apenas executar o prescrito, mas ir além dele. Exige um processo criativo, como resultado da tensão entre os conhecimentos preestabelecidos ou prescritos e a leitura de situações contingenciais que se apresentam no exercício da profissão (GONTIJO, et al., 2013).

Tornar-se médico é um processo que inclui o desenvolvimento das competências necessárias, dentre elas o profissionalismo médico e de sua certificação. O diploma certifica a competência para o exercício da profissão, mas é o grau de compromisso, que identifica o médico no exercício desta (PORTO, 2018).

A ESF constitui um dos cenários significativos para desenvolvimento do profissionalismo médico. Nela, o profissionalismo médico instiga os profissionais como agentes proativos da intervenção sob problemas reais, respeitando a autonomia dos usuários, considerando-os como sujeitos biopsicossociais e rompendo com o modelo biomédico centrado na doença (REGO, 2012). O desenvolvimento do profissionalismo médico permite (re)significar o fazer profissional, vislumbrando a prática dos atributos essenciais e derivados deste nível da atenção à saúde, a satisfação dos profissionais e dos usuários com o trabalho e a integração ensino-serviço-comunidade.

Na contramão deste modelo está o padrão biomédico de ensino, a partir do qual, iniciamos a reflexão a respeito da problematização do tema desta pesquisa. Uma formação médica cujo foco estava centrado nas técnicas biomédicas, rígidas, presas a uma grade curricular centrada em aquisições cognitivas e voltada para procedimentos marcou o ensino destes profissionais durante muitos anos. Este modelo não formou profissionais para o SUS, tendo em vista a incipiência destes diante da complexidade do serviço e frente à subjetividade que a prática de atenção à saúde exige, por exemplo, as demandas sociais da contemporaneidade (VARELA et al., 2016).

Percebe-se que o padrão biomédico de condutas nos serviços de saúde forma profissionais prioritariamente com capacidades técnicas, com foco na doença e num entendimento de que são os detentores únicos do conhecimento, das causas e efeitos a respeito da doença. Este pensamento não tem mais espaço nos tempos atuais, já que múltiplos são os fatores que interferem na manutenção da saúde das pessoas e da coletividade.

Com o intuito de transformar o ensino médico, o Ministério da Saúde em parceria com o Conselho e a Câmara de Educação lançaram em 2014 as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina. O documento prevê uma nova formação médica, baseada na articulação de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) e a formação desdobrar-se-á em três áreas de atuação: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde (BRASIL, 2014).

Para viabilizar este novo modelo de formação, novas modalidades de ensino-aprendizagem têm sido criadas, experimentados e implementados: *Problem-Based Learning* (PBL), *Team-Training* (TT), *Evidence-Based Medicine* (EBM), educação interprofissional e ensino por competências. Estas estratégias de aprendizagem são orientadas para a prática em serviços de saúde e têm sido apresentadas como eficazes para a formação de profissionais capacitados a resolver problemas diversos em cenários em permanente mutação. Estas propostas de ensino permitem a promoção da atenção integral, humanizada e resolutiva (ALMEIDA FILHO et al., 2018).

Estas novas estratégias de ensino-aprendizagem promovem uma formação profissional generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificando o futuro egresso para o exercício profissional com base no rigor científico e intelectual, pautado em princípios éticos e capaz de conhecer e intervir sobre as situações/problemas de saúde-doença, compreendendo o usuário do serviço de saúde como uma pessoa que sofre as influências biopsicossociais sob o seu estado. Logo, os futuros profissionais estarão aptos para cuidar de pessoas e não de doenças (TAROCCO; TSUJI; HIGA, 2015).

No curso de Medicina, o período acadêmico que insere o graduando em contato direto com a população a ser assistida por ele é o internato médico. Esta é a etapa final da formação e o momento do curso que irá aproximar o interno da realidade da população, desafiando-o a colocar em prática a formação por competências médicas, as quais devem ter adquirido durante os outros ciclos da graduação, de maneira coerente com a realidade da população assistida.

Durante as atividades de preceptoria desenvolvidas pela pesquisadora no internato de Saúde da Família, percebeu-se que alguns dos domínios do profissionalismo médico não estavam sendo mobilizados pelos internos. Desta identificação, nasceu o problema de pesquisa deste estudo: o estudante de medicina, quando no internato de Saúde da Família, mobiliza a competência profissionalismo médico de modo integral e a reconhece na sua prática de estágio? Assim, anuncia-se o estudo de análise da competência profissionalismo médico na formação médica em Saúde da Família. A investigação se deu a partir dos questionamentos: qual a

compreensão dos internos sobre profissionalismo médico? Estes estudantes utilizam esta competência no cotidiano de suas práticas?

Os motivos que levaram a pesquisadora a escolha do tema dão-se pela aproximação diária com a ESF, seus princípios, diretrizes e políticas, uma vez que a mestranda, desde a conclusão da graduação, tem atuado exclusivamente neste nível da atenção à saúde, o que permitiu observar, no cotidiano dos serviços, o uso de práticas tradicionais por parte dos profissionais nas ações de promoção, prevenção, diagnóstico ou cura.

Somando-se a relação da mestranda com o objeto e a observação das práticas cotidianas, o curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vem permitindo pensar processos formativos que sejam capazes de (re)significar os conhecimentos, habilidades e atitudes dos futuros médicos da ESF e acredita-se que a implementação de práticas apoiadas nas competências do profissionalismo médico possa relacionar-se a uma atenção mais efetiva.

Ao refletir sob a relevância da pesquisa, buscou-se uma apropriação da literatura a respeito do que o profissionalismo médico poderia apoiar na situação social de uma população, aos usuários, aos profissionais e ao ensino médico. No que concerne a situação social da população, a seguridade do profissionalismo médico permite que o trabalho dos profissionais considere a influência dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) no processo saúde-doença. Eles são definidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, dentro dos quais a vida transcorre e que influenciam a ocorrência de problemas de saúde. A intervenção sob esta realidade exige da equipe práticas de saúde que promovam a superação destas desigualdades sócio-econômicas-culturais. Isso não é possível de alcançar com o modelo biomédico de trabalho porque, neste caso, o seu foco está na doença e não no ser doente (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No que se refere aos usuários, suas famílias e a comunidade, a garantia do profissionalismo médico, na prática diária, propicia um exercício laboral orientado para as necessidades de saúde destes grupos, considerando o contexto pessoal, coletivo e os DSS que influenciam na história da doença. Esta ótica não ocorre com o paradigma tradicional das práticas em saúde, pois não há a valorização do bem-estar e da autonomia do indivíduo e, menos ainda, a participação social (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

No tocante aos profissionais da assistência à saúde, a atuação embasada no profissionalismo médico possibilita que as práticas marcadas pelo tecnicismo sejam superadas e que os profissionais empoderem-se das metodologias crítico/reflexivas, as quais promovem o envolvimento contínuo nos problemas de saúde local, na teorização destes, nas soluções e na

aplicação prática, visando a transformação da realidade na qual os profissionais estão inseridos (COSTA et al., 2018).

No que é pertinente ao ensino em Saúde da Família, assegurar a existência do profissionalismo médico na formação dos futuros médicos, torna-os futuros profissionais que animam e organizam a discussão dos problemas dos usuários e da comunidade por meio de uma relação dialógica entre os atores deste processo, promovendo uma atuação integral e resolutiva (MITRE et al., 2008).

Além disso, no tocante ao ensino da Saúde da Família, a integração ensino-serviço, torna os serviços de saúde uma rede de ensino-aprendizagem pelo trabalho, que forma profissionais com perfil de competências para atender as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para este contexto, a relevância da pesquisa está na possibilidade de que os futuros profissionais inseridos nesta realidade tenham uma aproximação com as competências do profissionalismo médico e possam atuar no processo saúde-doença de maneira crítica-reflexiva, na viabilização de práticas colaborativas por meio da equipe multiprofissional, na orientação do cuidado para o tripé usuário-família-comunidade e na construção, por meio da integração ensino-serviço-comunidade de processos formativos voltados para a realidade da ESF.

Para a atuação da pesquisadora como médica da Estratégia Saúde da Família, o estudo trará como relevância, reflexões para a minha prática que podem contribuir para a promoção do cuidado integral e resolutivo dos usuários, suas famílias e da comunidade; a capacidade de planejar, avaliar e monitorar as ações, a imersão em processos formativos por meio do trabalho; o aprimoramento da cidadania, da ética e da humanização nas relações com cada indivíduo.

Para a comunidade científica, o estudo confere relevância ao aprimoramento da formação dos internos da ESF, que após graduados têm como principal porta de entrada para o mercado de trabalho as equipes da Estratégia Saúde da Família e, portanto, necessitando, além do conhecimento científico/cognitivo, empoderar-se da competência cultural, do comprometimento com os aspectos éticos, do compromisso com a competência técnica, do compromisso com o paciente, com o serviço de saúde e com a profissão, das habilidades de comunicação e colaboração, da prática reflexiva e autoconhecimento e da responsabilidade social para o benefício do indivíduo e da comunidade.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a expressividade do profissionalismo médico como competência profissional na formação médica em saúde da família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os domínios do profissionalismo médico expressos no projeto pedagógico do curso de Medicina;
- b) Reconhecer o universo semântico atribuído pelos estudantes sobre o profissionalismo médico;
- c) Averiguar a magnitude de expressão dos domínios do profissionalismo médico mobilizados pelos estudantes em suas atividades na ESF.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

A formação médica no Brasil segue as normativas das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina, instituídas, inicialmente, por meio da Portaria nº 04, de 07 de novembro de 2001, que após revista, deu lugar à Portaria nº 03, de 20 de junho de 2014. Na formação médica mais antiga, o egresso deveria possuir conhecimentos das seguintes áreas gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente.

Já as DCN 2014, dividem-se em três capítulos: as diretrizes; as áreas de competência para a prática médica e os conteúdos curriculares; e o projeto pedagógico do curso de Medicina. Com esta mudança, o perfil do egresso sofre uma transformação significativa. As diretrizes traçam o caminho pelo qual a formação médica deve avançar. Nelas, estabelecem-se o modo de organização, desenvolvimento e avaliação do curso de Medicina, bem como, dividem a formação do graduando em três áreas: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde, ou seja, formar o médico para atuar na assistência, na educação e na gestão dos cuidados dos indivíduos, suas famílias e comunidades.

Concernente às áreas de competência da prática médica, estas surgem nas DCN, visando concretizar as diretrizes, os conteúdos curriculares e o projeto pedagógico de cada Instituição de Ensino Superior (IES). A área de competência atenção à saúde tem por objetivo preparar o graduando para atender às necessidades individuais e coletivas de saúde, produzindo nestes a capacidade de identificar a conjuntura de saúde-doença de um indivíduo, o desenvolvimento e avaliação de planos terapêuticos, a investigação de problemas de saúde coletiva e desenvolvimento e a avaliação de projetos de intervenção coletiva (BRASIL, 2014).

No que se refere a área de competência gestão em saúde, esta tem por propósito preparar o graduando para executar a organização do trabalho em saúde e o acompanhamento e avaliação do trabalho em saúde. Por sua vez a área de competência de educação em saúde tem por finalidade habilitar o graduando na identificação de necessidades de aprendizagem individual e coletiva, na promoção da construção e socialização do conhecimento e na promoção do pensamento científico e crítico, e no apoio à produção de novos conhecimentos (BRASIL, 2014).

Duas percepções são marcantes no que se refere à prática médica nas DCN 2014: primeiro como a formação adquiriu uma abrangência mais ampla em relação a DCN 2001 e também como ainda existe um foco no detalhamento formativo na área de assistência. Isso se

reflete na prática do egresso, uma vez que ainda formamos médicos inseguros para atuarem na gestão e na educação em saúde.

Estas áreas de competências devem ser inseridas no projeto pedagógico do curso (PPC). As DCN orientam que na construção do PPC a centralidade do processo de aprendizagem seja o aluno, tendo no docente a figura do facilitador/mediador, que utilizará de metodologias ativas para o ensino e considerará a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2014). Logo, aquela relação do professor-aluno, na qual o professor é o único detentor do conhecimento e o aluno, simplesmente, absorve o que foi repassado deixa de existir com esta nova legislação.

O PPC deverá colaborar para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas e práticas nacionais e regionais, inseridas nos contextos internacionais e históricos, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade cultural (BRASIL, 2014). Deste modo, um PPC elaborado para uma IES carioca, por exemplo, não considerará as mesmas necessidades e/ou determinantes sociais da saúde que o PPC de uma IES cearense. E estas peculiaridades locais devem ser expressas claramente.

Já os conteúdos curriculares fundamentais estão relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde. O currículo também passa a valorizar a atenção básica, regulamentando que o mínimo de 30% da carga horária prevista para o internato médico seja realizado na atenção básica e em serviço de urgência e emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato, devendo predominar a carga horária dedicada aos serviços de atenção básica, que deve oferecer ações coordenadas e voltadas para a área da medicina geral de família e comunidade (BRASIL, 2014).

Essa valorização da atenção básica pode ser o caminho para estimular a escolha da medicina de família e comunidade como especialidade médica a ser seguida por um maior número de alunos. O médico de família é especialista em cuidar de pessoas, independente, da idade, sexo ou do problema que elas tenham. Assim, não são especialistas em órgãos isolados, mas, sim, especialistas em gente.

Diante deste novo modo de ensinar medicina, segundo a percepção dos discentes, para a concretização destas mudanças faz-se necessário que os docentes aprimorem competências profissionais para subsidiar uma formação crítica social (CUSTÓDIO et al., 2019). Esse entendimento tem o apoio dos docentes, que reiteram a necessidade de capacitação didática-pedagógica para a melhoria do processo ensino-aprendizagem no curso de Medicina (CRUZ; CARVALHO et al., 2019).

3.2 A FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Apesar da valorização formativa na APS surgir apenas em 2014 com as novas DCNs, a formação em Medicina de Família e Comunidade é bem mais antiga e desde sua origem já lutava por este destaque. A referida especialidade nasceu em 1976 e viveu um misto de avanços e retrocessos históricos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020).

Para compor o grupo de especialistas nesta área médica tem-se dois caminhos: (a) a residência médica em Medicina de Família e Comunidade ou (b) a realização da prova de título de especialista. A residência tem duração de dois anos e forma o residente no perfil do médico de família e comunidade conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Esta entidade nacional congrega os médicos que atuam em serviços de Atenção Primária à Saúde, incluindo os da ESF e, mais recentemente, as clínicas de família do setor privado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020).

A residência médica é um curso de pós-graduação cujo ensino se baseia na aprendizagem prática de determinada especialidade, intercalada por momentos teóricos. Nela o médico pode aprimorar suas habilidades e destrezas, tornando-se especialista na área que escolheu para atuar. Os programas de RM foram implantados no Brasil na década de 1940. Em 2017, o Brasil tinha 35.187 médicos residentes, distribuídos em 6.574 programas de 790 instituições do país credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (OLIVEIRA et al., 2019).

Para os profissionais que optam em se tornarem especialistas por meio da prova de título, estes devem trabalhar por um período quatro anos consecutivos ou não em serviços de APS com carga horária de trabalho de 40 horas semanais. Ao final deste período, prestam a prova de título elaborada e aplicada pela SBMFC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020).

Outras iniciativas de investimentos formativos na APS surgiram com a criação da ESF em 2006. Estas ações são especializações em Saúde da Família para todas as categorias profissionais da ESF em grau de pós-graduação *latu senso*. Além destas, em 2009 a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF desponta com a finalidade fomentar a pesquisa e o ensino do tema de Saúde da Família e temas correlatos, por meio do

desenvolvimento de atividades de ensino em nível de pós-graduação *scritu senso* de mestrado profissional (REDE NORDESTE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2020).

Em 2019, mais uma vitória da Saúde da Família ocorre com a aprovação do curso de doutorado profissional em Saúde da Família da RENASF. Esta modalidade de ensino profissional permite que o trabalhador da ESF alcance seu aperfeiçoamento e, ao mesmo tempo, mantenha sua fixação nas atividades laborais da ESF, mantendo a longitudinalidade do cuidado com seus usuários (REDE NORDESTE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2020).

Os cursos contribuíram para sedimentar conceitos, valorizar este nível da atenção e ampliar as perspectivas de avanço, relacionada, sobretudo, à concepção de saúde, de atenção primária e ao modelo de atenção correspondente, considerando que a formação só faz sentido quando se aproxima do mundo do trabalho (SHERER et al., 2016).

Além de iniciativas de IES, o governo federal também decidiu destinar esforços em incentivar o trabalho na APS como criação, em 2013 do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). O PMMB trata das mudanças na formação e na educação médica, buscando atender aos interesses da sociedade brasileira e do Sistema Único de Saúde. Pois, antes do PMMB havia um abismo entre a responsabilidade constitucional atribuída ao SUS e sua real capacidade estatal de ordenar a formação no Brasil (PINTO; ANDREZZA et al., 2019).

O PMMB tem dois eixos, um formativo e outro assistencial. No eixo formativo, o programa oferece aos participantes realizarem o curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família, desenvolvido por meio das instituições de ensino superior federais de cada estado da federação (BRASIL, 2013). No Ceará, o Universidade Federal do Ceará (UFC) através do Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde da UFC, realiza o curso para os médicos participantes do PMMB.

No eixo assistencial, o médico deve cumprir 32 horas semanais na UBS. Deste modo, o PMMB tem sido uma oportunidade para os egressos dos cursos de medicina atuarem na Atenção Primária à Saúde e em alguns casos se afeiçoarem a ela e se fixarem neste nível assistencial, mesmo ao final do programa (BRASIL, 2013).

Contudo, alguns egressos, encontram-se realizando atividades laborais na ESF, seja por meio do PMMB ou por outra forma de contratação, apenas buscando uma remuneração mais significativa. Por isso, a atuação assistencial não se alicerça nas diretrizes, princípios e atributos da APS e, ainda, não há uma dedicação em exercer a competência profissionalismo médico.

3.3 O PROFISSIONALISMO MÉDICO E O SEU EXERCÍCIO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A regulamentação profissional na ESF tem sua raiz na Lei n° 8.080/90 que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde e sobre a saúde como direito fundamental a todos os cidadãos brasileiros. Por meio do SUS, um conjunto de ações e serviços de saúde em níveis primário, secundário e terciário é oferecido nas esferas governamentais federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990).

Com as contínuas transformações pelas quais passaram as necessidades de saúde da população desde a década de 90, quando tal lei foi promulgada, fez-se necessário elaborar ferramentas que garantissem a concretização do que nela estava proposto. Com este intuito, nasce a Estratégia Saúde da Família, que tem na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017, regulamentada por meio da Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017, a normatização das suas ações e das atribuições de cada um de seus profissionais (BRASIL, 2017).

Para direcionar as finalidades da PNAB 2017, o item quatro desta política trata das atividades que devem ser desempenhadas pelos profissionais das equipes de atenção básica:

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal (BRASIL, 2017, p. 15).

Tais atribuições, estão divididas em deveres comuns a todos os profissionais das equipes e em responsabilidades próprias de cada profissão. Podemos citar como leque de atividades comuns aos profissionais, por exemplo, participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Já como atribuições próprias do médico na ESF tem-se a realização de estratificação de risco e elaboração do plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe (BRASIL, 2017).

Este escopo de práticas deve ser desempenhado visando a efetivação dos atributos essenciais e derivados da atenção básica. Acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado atributos essenciais. Orientação familiar, comunitária e competência cultural atributos derivados.

Para o desempenho satisfatório do conjunto amplo de ações que cada profissional deve executar na ESF, é necessário que eles sejam detentores de profissionalismo. Este substantivo nasce na palavra profissão, que sociologicamente significa toda ocupação, função, atividade laboral com reconhecimento social, por meio da qual alguém obtém licitamente sua remuneração e seus próprios meios de vida (MONTEIRO, 2015).

As profissões se distinguem pelos seus graus de profissionalidade e profissionalismo. Profissionalidade é um termo italiano, que emergiu das lutas dos sindicatos contra a organização capitalista do trabalho nos anos de 1960-1970. Significa o perfil global de uma profissão, isto é, tudo que a diferencia de outros grupos ocupacionais (GORZONI; DAVIS, 2017).

Profissionalismo consiste no exercício de uma profissão de acordo com o seu conteúdo identitário. Profissionalismo não significa apenas fazer bem tudo aquilo que se faz através da aplicação de conhecimentos especializados para a resolução/satisfação de problemas/necessidades individuais e/ou coletivas. Significa também fazer bem aquilo que se pode fazer e que lhe acrescenta uma dimensão normativa da ordem da licitude e da eticidade. A súpula do profissionalismo está na ciência, consciência e excelência (MONTEIRO, 2015).

Na formação em medicina no nosso país, o profissionalismo médico é uma competência médica que nasceu da necessidade de regulamentar condutas e de controlar com mais rigor o mercado de trabalho, impedindo o exercício dos não-habilitados (BONELLI, 2002).

O que conformava o profissionalismo médico nos séculos XIX e XX sofreu as inevitáveis mudanças resultantes das próprias transformações sociais. Assim, o profissionalismo médico não se ensina com a mera apresentação do Código de Ética Médica, nem muito menos se esgota em seu conteúdo. É preciso que docentes, discentes e profissionais da assistência tenham clareza de que o profissionalismo médico é a base do contrato social que os legitima como profissão em nossa sociedade. (REGO, 2012).

O profissionalismo médico inclui a síntese do saber e do fazer, do técnico com o humano, da conduta científica, aliada com a responsabilidade social. Desta maneira, deve se obrigar a sintetizar as capacidades, as atitudes e os valores com os quais o médico, agente profissional da medicina, demonstra ser merecedor da confiança que o paciente e a comunidade depositam nele mediante a certeza de que colocará sempre a busca do bem-estar (MIRANDA-SÁ JÚNIOR, 2013).

Os estudos que tratam do papel das universidades na formação baseada no profissionalismo médico, indicam que os graduandos entram ingênuos nas escolas médicas com relação à dimensão das responsabilidades desta competência e, ao mesmo tempo, os docentes se veem desafiados a construir um ambiente de aprendizagem favorável à implementação do profissionalismo médico (RANDALL; FOSTER et al., 2016).

Randall (2016), também afirma que os anos da graduação devem proporcionar uma transformação nos alunos de protótipos-profissionais em profissionais verdadeiros, que absorveram o profissionalismo médico não apenas como valores e comportamentos, mas como

uma normativa que converte acadêmicos ingênuos em médicos aptos a desempenhar conhecimentos técnicos, habilidades e atitudes.

O curso de Medicina é desafiador desde a busca por uma vaga, passando pelo longo percurso de seis anos de graduação até o desempenho da profissão. Durante este caminhar é preciso dedicação, às vezes exclusiva, para adquirir o imenso volume de conhecimentos que o curso exige, para conquistar as habilidades que os anos de experiência dos docentes/preceptores podem proporcionar e para atingir a postura de atitudes esperadas para a figura do chamado bom médico.

O profissionalismo médico parte do princípio de que, apesar dos médicos desenvolverem suas atividades em diferentes contextos, culturas e tradições, todos compartilham três princípios fundamentais da Medicina: primazia do bem-estar do paciente, autonomia e justiça social. Nesta perspectiva, os princípios do profissionalismo médico envolvem um compromisso pessoal com a manutenção da saúde de cada um de seus pacientes, e com um esforço coletivo para melhorar os sistemas de saúde e o bem-estar da sociedade (CAMPOS, 2011).

O profissionalismo médico exige ser visto pelos profissionais médicos como uma missão, um compromisso, um comprometimento, uma responsabilização, que os protótipos-profissionais conheceram na graduação, perceberam como identidade profissional em seus docentes/preceptores e aplicam no cotidiano do desempenho profissional, visando cuidados de saúde mais eficazes e humanizados, como deve ser a postura do médico instrumento de transformação biopsicossocial.

A implementação do profissionalismo médico na APS garante que tais profissionais sejam capazes de utilizar-se de saberes genéricos como comunicação, gestão de recursos e gestão das informações epidemiológicas, administrativas e clínicas. Saberes específicos que estão ligados as funções que as equipes de APS devem desempenhar e são inerentes a cada profissão. Saberes humanos que estão relacionados ao conjunto de valores éticos e da inter-relação entre pessoas (REY-GAMERO e ACOSTA-RAMÍREZ, 2013).

A Medicina exercida no âmbito da Saúde da Família se compromete com a pessoa e não com um conjunto de conhecimentos, grupo de doenças ou procedimento técnico. O compromisso não tem um prazo determinado, não se encerra com a cura de uma doença e nem com o fim de um tratamento ou com os cuidados paliativos em alguns casos. A missão é feita enquanto a pessoa está saudável e antes de surgir qualquer patologia. É oferecida a cada usuário a primazia e a ruptura com ações e comportamentos que colocam a repetição e a padronização como marcos característicos da conduta profissional (RIBEIRO; REZENDE et al., 2008).

Com esta percepção e também com o entendimento da capacidade de transformação que práticas alicerçadas no profissionalismo médico poderiam promover na assistência médica, Porto (2018) sistematizou e validou as competências do profissionalismo médico no Brasil. Em seu trabalho, profissionalismo médico é entendido como uma competência médica, que possui sete domínios – competência cultural, comprometimento com aspectos éticos, compromisso com a competência técnica, compromisso com o paciente, com o serviço de saúde e com a profissão, habilidade de comunicação e colaboração, prática reflexiva e autoconhecimento e responsabilidade social – os quais possuem descritores.

Assim, adotou-se este arcabouço como referencial teórico deste estudo, o qual será melhor descrito na sessão do método.

4. MÉTODO

O método científico está relacionado a uma retificação do saber, a necessidade de o indivíduo percorrer itinerários seguros para a produção do conhecimento e, assim, alcançar um alargamento de seu entendimento, ideia ou sapiência a respeito de determinado assunto (KOCHE, 2011).

Segundo Minayo (2019), o método é, ao mesmo tempo, a teoria da abordagem conectada aos instrumentos de operacionalização do conhecimento (técnicas) e a criatividade, experiência, capacidade crítica e sensibilidade do pesquisador, que em conjunto traçam o caminho do conhecimento e a prática exercida na abordagem da realidade.

Nesta perspectiva, elaborou-se o delineamento do estudo a seguir apresentado.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza mista, com desenho analítico, documental e de campo, do tipo estudo de caso. Creswell e Plano Clark (2011) definem métodos mistos como um procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa. O pressuposto central que justifica a abordagem multimétodo é o de que a interação entre eles fornece melhores possibilidades analíticas.

A pesquisa analítica propicia uma avaliação mais aprofundada das informações coletadas em um determinado estudo, buscando explicar o contexto de um fenômeno na perspectiva de um grupo, grupos ou população, possibilitando fazer previsões para a população de onde a amostra foi retirada e inferências estatísticas pela aplicação de testes de hipótese (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Para contribuir com a compreensão do objeto investigado em seu campo empírico, inicialmente, realizou-se uma investigação documental, uma vez que sua execução, assim como a posterior análise, representa uma fonte indispensável de informações, podendo orientar as indagações que surgem e auxiliar na planificação do trabalho (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Após esta etapa, o estudo de campo foi realizado, pois constitui uma etapa essencial da pesquisa qualitativa. É entendido como o recorte espacial que diz respeito a abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação. Os sujeitos/objetos de investigação, primeiramente, são construídos teoricamente enquanto componentes do objeto de estudo. No campo eles fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando um produto

compreensivo que não é a realidade concreta e sim uma descoberta construída com todas as disposições em mãos do investigador (MINAYO, 2014).

A pesquisa caracterizou-se ainda como estudo de caso, que ocorre quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos, inseridos em algum contexto de vida real (YIN, 2001). Seu propósito é estabelecer uma estrutura de discussão e debate sobre o problema de pesquisa.

4.2. REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo teve como referencial teórico metodológico o produto de uma tese de doutoramento intitulada Construção de uma Matriz de Competências para o Profissionalismo médico no Brasil (Porto, 2018). Neste documento, define-se profissionalismo médico como uma competência médica, que possui sete domínios, e contém descritores característicos de cada agrupamento. Cada domínio especifica os conhecimentos, habilidades e critérios de desempenho exigidos para demonstrar a aquisição do profissionalismo médico, conforme ilustrado no Quadro 1.

Quadro 1. Matriz de Competências de Profissionalismo Médico no Brasil.

Competência cultural
<ol style="list-style-type: none"> 1.Reconhece e incorpora os valores sócio-culturais das minorias étnicas e povos tradicionais na tomada e no compartilhamento de decisões. 2.Utiliza os determinantes sociais da saúde na elaboração de planos diagnósticos e terapêuticos adequados a racionalidade socioeconômica e coerente aos valores, crenças e costumes dos pacientes e comunidade.
Comprometimento com aspectos éticos
<ol style="list-style-type: none"> 1.Atua com discrição, mantendo a confidencialidade sobre as informações relativas as pessoas sob seus cuidados. 2.Coloca o bem-estar dos pacientes a frente dos seus interesses financeiros e corporativos, gerenciando honestamente seus conflitos de interesse. 3.Permite e estimula a autonomia do paciente na construção do plano terapêutico, através do compartilhamento de decisões.
Comprometimento com a competência técnica
<ol style="list-style-type: none"> 1.Preve, diagnostica e trata clinicamente as doenças e agravos prevalentes na região onde atua. 2.Realiza anamnese, reconhecendo seus elementos centrais. 3.Realiza exame físico e integra seus achados com a história clínica, elaborando raciocínio clínico lógico e formulando hipóteses diagnósticas coerentes. 4.Reconhece suas limitações e identifica as necessidades de educação permanente, comprometendo-se com a aprendizagem ao longo da vida, com atualização e aprimoramento do seu conhecimento científico, das suas habilidades clínicas e relacionais. 5.Utiliza racionalmente os recursos diagnósticos e terapêuticos através de noções de custo efetividade e risco benéfico, embasados nas melhores evidências científicas.
Compromisso com o paciente, com o serviço de saúde e com a profissão
<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerencia adequadamente o tempo de atendimento. 2.Cumpra a carga horária de trabalho. 3.Mantém a pontualidade. 4.Valoriza a profissão. 5.Valoriza os acompanhantes.
Habilidades de colaboração e comunicação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Avalia se os pacientes, seus familiares e membros da equipe compreendem as recomendações orais ou escritas. 2.Demonstra atenção no atendimento dos pacientes. 3.Estimula e respeita a autonomia do paciente na construção do plano terapêutico, através do compartilhamento de decisões. 4.Orienta e esclarece o paciente, família e comunidade em todos os passos do processo de investigação diagnóstica e na indicação de medidas profilático-terapêuticas. 5.Promove o diálogo regido pela escuta ativa, evitando julgamentos e cerceamentos de fala. 6.Promove um ambiente colaborativo para o trabalho em equipe. 7.Registra os procedimentos clínicos ou cirúrgicos de modo organizado e legível. 8.Utiliza formas de linguagem acessíveis, nas formas não-verbais, verbais e escrita, respeitadas e adequadas ao seu interlocutor.
Prática reflexiva e autoconhecimento
<ol style="list-style-type: none"> 1.Preza pela qualidade de vida. 2.Realiza autoavaliação sistemática.atraves da reflexão de seus atos e sentimentos. 3.Reconhece a possibilidade de falha ou iatrogenia de suas condutas, mitiga suas conseqüências e corrige seus erros.
Responsabilidade social
<ol style="list-style-type: none"> 1.Atua com senso de cidadania e responsabilidade social, demonstrando preocupação com o bem-estar da coletividade.

Fonte: Elaborado a partir de Porto (2018).

A elaboração e validação desta matriz ocorreu por meio da tese de doutorado de Porto (2018) e teve como objetivo definir atributos e comportamentos associados à competência de profissionalismo médico segundo crenças, valores e cultura brasileiros. Parte do entendimento que profissionalismo médico é um conjunto vasto de competências em relação ao trabalho, intimamente atrelado ao conjunto de valores, crenças e comportamentos. O médico até possui o conhecimento de que profissionalismo médico é uma competência exigida para todos os profissionais da área médica, porém, compreender seu significado e aplicá-lo, ainda é algo inoperante para muitos (PORTO, 2018).

A construção da Matriz buscou tornar o profissionalismo médico algo mais tangível e acessível para profissionais. Com a matriz, as competências definidas podem orientar o desenvolvimento de parâmetros objetivos para treinamento, seguimento e avaliação dos médicos (PORTO, 2018).

Neste estudo, esta Matriz foi adotada para análise do PPC investigado e, também, para verificação da expressividade do profissionalismo médico atribuída pelos estudantes participantes da pesquisa.

4.3. CENÁRIO DE ESTUDO

Para desenvolvimento da pesquisa foi definido como cenário de estudo uma instituição de ensino superior (IES) situada na região Metropolitana do Cariri e que possui, no leque dos cursos que oferece, o curso de graduação em Medicina.

A instituição pública federal, fundada em 2001, conta atualmente com 452 graduandos. O internato médico foi o período do curso escolhido para a realização desta pesquisa. Esta etapa formativa inicia-se nos dois últimos anos do curso e é composta pelos estágios em clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, e saúde comunitária, este último abrangendo o campo de vivências em Saúde da Família. Dentre as cinco modalidades de estágios ou rodízios como costumam ser chamados pelos alunos, esta pesquisa escolheu o rodízio de saúde comunitária para desenvolver sua investigação.

Na pesquisa, optou-se pela expressão “internato em Saúde da Família”, por ser a forma mais comumente empregada no contexto do estágio em saúde comunitária. Conforme consta no projeto pedagógico do curso investigado, o internato em Saúde da Família tem duração de seis meses, consumindo 1/4 do tempo total de internato médico, que são dois anos ininterruptos. Para obterem a integralização do estágio no currículo, os internos, obrigatoriamente, devem cumprir um mês de estágio em UBS situada na zona urbana, um mês em UBS situada em área

rural, e um mês em serviço de emergência. Nos três meses restantes do internato, os graduandos estão liberados para escolher em qual dos três tipos de serviço querem complementar a carga horária faltante.

Os dados foram coletados no período de março a junho de 2020.

4.4. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os estudantes elegíveis ao estudo foram os graduandos do internato em Saúde da Família. Segundo dados fornecidos pelo Núcleo de Apoio ao Estágio (NAES) da IES, no período da coleta de dados, havia 81 alunos regularmente matriculados no internato médico, e 55 destes já haviam concluído o estágio de Saúde da Família, sendo esta amostra final da pesquisa.

Não houve critérios de exclusão de participantes.

4.5. PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

4.5.1 Coleta Documental

A coleta de dados se deu, inicialmente, a partir da solicitação do PPC a IES participante da pesquisa. Segundo VEIGA (2001), o Projeto Pedagógico é um instrumento de trabalho que descreve os objetivos, quando, onde, como, por quem e quais os resultados esperados para se alcançar pelo curso. É preciso uma relação contratual, contando com a aceitação e participação de todos os envolvidos, dada a importância de que seja elaborado participativa e democraticamente.

Nascimento e Oliveira (2010) consideram que para desenvolver competências, há necessidade de uma elaboração curricular que possibilite o desenvolvimento de um perfil profissional em que conhecimentos, habilidades e atitudes se articulem com o contexto da prática profissional.

O projeto pedagógico pode direcionar o desenvolvimento das competências profissionais que são requeridas do egresso para o mercado de trabalho, assim como fomentar o esforço de inovação, criação e transformação do seu ambiente de trabalho, implicando também no desenvolvimento das competências essenciais da sua organização (CHING, SILVA, TRENTIN, 2014).

O instrumento utilizado para coletar os dados oriundos do PPC foi um roteiro do tipo *checklist* (APÊNDICE A), o qual possibilitou a identificação de palavras e/ou expressões contidas nos domínios e descritores do profissionalismo médico, igualmente presentes no material documental analisado.

4.5.2 Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)

A coleta de dados com os participantes foi realizada, inicialmente, por meio da técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). A TALP é parte das chamadas técnicas projetivas, orientada pela hipótese de que a estrutura psicológica da personalidade do sujeito torna-se consciente por meio de manifestações de condutas, reações, evocações, escolhas e criação (COUTINHO; BÚ, 2017).

As técnicas projetivas são também chamadas de entrevistas projetivas que usam dispositivos como estímulo verbal (palavra, expressão, ideia, frase, provérbio), não verbal ou icônico (figura, fotografia), vídeo (filme, publicidade) e material sonoro (uma música ou um som). Constituem um chamamento ao entrevistado para discorrer sobre o que vê ou lê, fornecendo dados que se referem diretamente ao sujeito entrevistado e as reflexões dele sobre a realidade que vivencia (MINAYO, 2014).

A TALP é, portanto, um instrumento de pesquisa que se fundamenta na investigação aberta, permitindo distinguir diferentes estímulos do universo semântico através do destaque dos universos comuns de palavras. O instrumento apoia-se sobre a evocação das respostas dadas a partir de estímulos indutores. Esses termos indutores devem ser previamente definidos em função do objeto de estudo, levando em consideração também as características dos sujeitos da pesquisa que serão entrevistados. É um instrumento de aplicação rápida, de compreensão fácil com relação às instruções e operacionalidade no manuseio (COUTINHO; BÚ, 2017).

Neste estudo, a TALP (APÊNDICE B) foi aplicada pela Plataforma *Google Forms*. O *Google Forms* possibilita a criação de questionários online com perguntas abertas e/ou fechadas por meio de um endereço eletrônico enviado para o participante, sendo de fácil acesso e preenchimento (FREI, 2017). Ao finalizar o preenchimento do questionário, as respostas são encaminhadas para a página do *Google Forms* do pesquisador, sendo agrupadas em uma planilha, configurando uma ferramenta muito útil para a coleta e análise de dados estatísticos (OLIVEIRA; JACINSKI, 2017).

“Profissionalismo médico” foi a expressão utilizada como estímulo indutor, para a qual cada participante primeiramente evocou as cinco primeiras palavras que vieram à mente, e em seguida atribuíram a cada uma delas a ordem de importância que assim consideraram.

4.5.3 Questionário sobre profissionalismo médico

A coleta de dados também foi realizada por meio do questionário sobre profissionalismo médico, por meio de um questionário *online* elaborado na Plataforma *Google Forms*, com as mesmas características expostas anteriormente.

O questionário utilizado (APÊNDICE C) foi desenvolvido pela pesquisadora com os objetivos de captar informações sociodemográficas dos participantes e como estes perceberam a aplicabilidade da competência profissionalismo médico no internato de medicina em Saúde da Família.

Foi composto por variáveis sociodemográficas (idade, gênero, IES na qual estuda) e pelos itens da Matriz de Competências do Profissionalismo Médico no Brasil, dispostos no formato de escala do tipo *Likert* com cinco pontos (1=Nunca; 2=Poucas vezes; 3=Na metade das vezes; 4=Na maioria das vezes; 5=Todas as vezes), que refletiu a frequência com que consideram ter mobilizado os domínios e atributos do profissionalismo médico.

Considerando que os itens da matriz do profissionalismo médico foram objeto de consenso de peritos (n=91), a maioria com formação em medicina (n=79; 86,8%), sendo 60,8% (n=48) destes atuantes em atenção primária à saúde no Brasil, não houve a necessidade de realizar pré-teste do instrumento. Dessa forma, o questionário possibilitou a verificação sobre o desenvolvimento do profissionalismo médico na percepção dos graduandos, uma vez que estes reconheceram em suas práticas a presença ou não dos domínios.

4.6. PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

4.6.1. Análise do Projeto Pedagógico de Curso

A análise dos dados documentais foi realizada conforme os domínios do profissionalismo médico no Brasil, utilizando-se a técnica de análise temática de conteúdo que busca núcleos de sentidos para agrupar temas em categorias.

A análise de conteúdo deve ser objetiva, lidando com regras pré-estabelecidas e obedecendo a diretrizes claras; sistemática, para que o conteúdo seja organizado e integrado nas categorias escolhidas a partir dos objetivos e metas anteriormente definidos. Existem várias modalidades de análise de conteúdo; nesta pesquisa, foi utilizada a modalidade de análise temática (MINAYO, 2014).

Ainda segundo Minayo (2014), o tema refere-se a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Análise temática consiste em encontrar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência significa em alguma coisa para o

objeto analisado, e envolve algumas etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

Neste estudo, a pré-análise consistiu na seleção dos capítulos do projeto pedagógico a ser analisado, utilizando a leitura flutuante do material. A exploração do material correspondeu ao destaque no texto das unidades de registro, uma vez que visa alcançar o núcleo de compreensão textual, reduzindo o texto em unidades de contexto, surgindo categorias cuja nomenclatura escolhida foi a dos domínios do profissionalismo médico, categorias competência cultural, comprometimento com aspectos éticos, compromisso com a competência técnica, compromisso com o paciente, o serviço de saúde e a profissão, habilidades de colaboração e comunicação, prática reflexiva e autoconhecimento e responsabilidade social.

Por fim, o tratamento dos resultados e sua interpretação ocorreram com a relação entre os achados e os descritores agrupados por categorias, sendo apresentados sob a forma de quadros.

4.6.2 Análise das palavras evocadas

Os dados provenientes da TALP foram analisados com o auxílio do *software* IRaMuTeQ (*Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Ancorado no *software* R e na linguagem de programação *python*, o IRaMuTeQ apresenta várias possibilidades de processamento de dados textuais e permite diferentes formas de análises estatísticas (KAMI et al., 2016), sendo a análise prototípica e a análise de similitude as selecionadas para os dados desta fase.

A análise prototípica corresponde ao cálculo de frequências e ordens de evocação das palavras (WACHELKE; WOLTER, 2011). Neste estudo, as palavras foram organizadas por frequência e ordem de evocação atribuída pelos participantes, possibilitando a visualização destas evocações em quatro zonas, sendo uma central, duas periféricas e uma contendo elementos de contraste.

Neste diagrama, o quadrante superior esquerdo (QSE), denominado zona do núcleo, apresenta as evocações de maior frequência e de menor ordem média de evocação (OME), ou seja, que vieram rapidamente à mente e foram citadas muitas vezes, indicando o provável núcleo central. No quadrante superior direito (QSD) estão os termos com alta frequência, porém maior OME, podendo contribuir no fortalecimento dos elementos do núcleo central, sendo denominado de primeira periferia. Em contrapartida, o quadrante inferior esquerdo (QIE) possui conteúdos com baixa frequência e menor OME, denominado de zona de contraste, em que, às vezes, pode surgir um subgrupo representacional. Por fim, o quadrante inferior direito

(QID) é constituído pelos termos menos evocados e de maior ordem média, sendo os de menor importância para a representatividade, denominado de segunda periferia (SANTOS et al., 2017).

A análise prototípica, neste estudo, teve como referencial metodológico a Teoria do Núcleo Central (TNC) proposta por Jean Claude Abric em 1998. A TNC está relacionada à representação social, sendo estes de natureza normativa e funcional. Os aspectos funcionais estão ligados à natureza do objeto representado e os normativos dizem respeito aos valores e normas sociais pertencentes ao meio social do grupo. Conforme a TNC, uma representação social constitui-se como um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes, composta de dois subsistemas - o central e o periférico - que funcionam como uma entidade, onde cada parte tem um papel específico e complementar (MACHADO; ANICETO, 2010).

O subsistema central é capaz de determinar, organizar e dar estabilidade a representação de determinado objeto social. O subsistema periférico é indispensável a essa estrutura. Eles protegem o núcleo central e servem como mediadores entre o cotidiano dos indivíduos com os elementos centrais da representação social, promovendo a interface entre a realidade concreta e o sistema central (SOARES; MACHADO, 2017).

Para Abric (2003), procurar o núcleo central é procurar a raiz, o fundamento social da representação que, em seguida, modulará, se diferenciará e se individualizará no sistema periférico. Com base nessas indicações, a pesquisa adotou a abordagem conduzida por Abric, para identificar o núcleo central da representação social dos graduandos de Medicina em relação ao profissionalismo médico e a interface desse núcleo com seus elementos periféricos.

Já a análise de similitude baseia-se na teoria dos grafos e viabiliza compreender a estrutura de construção do *corpus* textual, de modo que os temas relevantes se distribuem conforme a coocorrências das palavras e da conexão entre elas (SALVIATI, 2017). Assim, o tamanho das palavras e a espessura dos traços entre elas indicam a relevância e a ligação entre as palavras, possibilitando a identificação da composição representacional do objeto estudado e complementando a compreensão dos achados prototípicos (JUSTO; CAMARGO, 2014).

Os dados da análise prototípica foram apresentados sob a forma de diagrama de quatro zonas, enquanto que os da análise de similitude ocorreram pela figura da árvore máxima, composta pelas comunidades que emergiram do contexto.

4.6.3 Análise dos itens do questionário

A análise dos dados sociodemográficos e dos itens da Matriz do Profissionalismo Médico no Brasil ocorreu com o auxílio do *software* SPSS 23.0 (SPSS for Windows, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). SPSS é um pacote estatístico com diferentes módulos, desenvolvido pela IBM para a utilização de profissionais de ciências humanas e exatas.

Atualmente, muitos programas com base estatística foram desenvolvidos. Estes programas estes que tornaram mais eficiente o tratamento de dados das pesquisas acadêmicas, permitindo um melhor gerenciamento, de ampla quantidade de dados, absorvendo, armazenando e contribuindo com a análise destes dados (SANTOS, 2018).

No SPSS, também pode-se fazer a gestão e o acesso de uma ampla quantidade de dados, e criar, definir e alterar variáveis. E mais, conhecer a quantidade de casos e as variáveis que existem no banco de dados; calcular medidas simples e múltiplas; fazer o cruzamento das variáveis diferentes; construir vários tipos de gráficos e executar diversas análises de variância, regressão, séries temporais entre outros (SANTOS, 2018).

As variáveis sociodemográficas foram analisadas por estatística descritiva, mediante o cálculo de frequências absolutas e relativas, enquanto que os itens da matriz de competências foram dispostos também por medida de tendência central (mediana). As proporções das respostas para cada domínio do profissionalismo médico foram calculadas com base na frequência com que os participantes indicaram na escala *likert*, representando a magnitude de expressão atribuída.

Dada a não normalidade amostral, na comparação entre grupos, foram utilizados os testes *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, e para verificar associação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste de Qui-quadrado de independência ou Exato de Fisher, dependendo das respostas constantes nas células da tabela de contingência, pois em valores inferiores a cinco, o erro do valor de Qui-quadrado é alto e, portanto, o teste não é recomendável (CONTI, 2009). Independente, do tipo de teste estatístico, adotou-se o nível de significância de 5%.

Os dados sociodemográficos e da expressividade do profissionalismo médico foram apresentados sob a forma de tabelas.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Considera-se para fins éticos e legais do estudo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo os seres humanos e versa sobre a dignidade humana e a proteção aos participantes de pesquisas

científicas. Sendo assim, buscamos garantir os preceitos éticos de anonimato, participação voluntária, ciência dos objetivos da pesquisa, além de cuidados com a integridade dos participantes (BRASIL, 2012).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) foi apresentado aos participantes com esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa para garantir os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência, e da justiça, além do sigilo dos dados fornecidos (BRASIL, 2012).

Como a coleta de dados ocorreu em ambiente virtual (questionário online), os estudantes receberam o TCLE ao entrar na plataforma *Google Forms* e após o respondente manifestar a aceitação para participar da pesquisa de forma voluntária, aceitando o termo, assegurando inclusive a liberdade de desistência quando desejar, o participante foi, então, direcionado para responder as questões.

A pesquisa faz parte de uma pesquisa de maior abrangência intitulada “Estudos sobre Promoção da Saúde nos Ambientes Educacional e de Trabalho” e apresenta Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri – URCA de número 2.005.435, a fim de cumprir as exigências formais da legislação que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

4.8. LIMITAÇÃO DA PESQUISA

A pandemia do Novo Coronavírus exigiu que a coleta de dados fosse adaptada para a atual situação sanitária que o mundo enfrenta. A fase da pesquisa que, inicialmente, seria realizada no formato presencial durante os encontros semanais de todos os internos de Saúde da Família nas dependências da IES, foi substituída pelo formato digital conforme descrito anteriormente, devido a suspensão das atividades presenciais em todas as IES do Ceará.

5 RESULTADOS

Os resultados desse estudo estão organizados em três capítulos, estruturados como manuscritos, que buscaram atender aos objetivos específicos propostos, conforme o que segue:

O capítulo 1, intitulado **Os domínios do profissionalismo médico na formação dos estudantes de medicina: o que consta no projeto pedagógico do curso**, possibilitou a identificação dos domínios desta competência e de seus descritores no projeto pedagógico do curso, e respondeu ao objetivo específico 1.

O capítulo 2, com o título de **Universo semântico atribuído por estudantes do internato de Saúde da Família sobre profissionalismo médico**, buscou reconhecer os significados desta competência elaborados pelos estudantes, respondendo assim ao objetivo específico 2.

O capítulo 3, **Expressividade do profissionalismo médico atribuída por estudantes do internato em Saúde da Família**, averiguou a mobilização desta competência durante as atividades de estágio dos internos na Estratégia Saúde da Família, alcançando respostas ao objetivo específico 3.

CAPÍTULO 1

OS DOMÍNIOS DO PROFISSIONALISMO MÉDICO NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA: O QUE CONSTA NO PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO

RESUMO

Objetivo: o presente estudo objetivou descrever como o profissionalismo médico apresenta-se no Projeto Pedagógico de curso. **Método:** estudo qualitativo, de caráter descritivo, do tipo estudo de caso, realizado a partir da análise documental do projeto pedagógico de um curso médico sediado ao sul do estado do Ceará. Os dados foram organizados e analisados à luz da Matriz de Competências do Profissionalismo Médico no Brasil. **Resultados:** Os domínios competência cultural e compromisso com a competência técnica se destacaram no material analisado, em oposição aos demais, que foram identificados com menor frequência, como o comprometimento com aspectos éticos, que não apresentou alguns dos descritores relacionados. Além deste, os domínios habilidades de colaboração e comunicação, compromisso com o paciente, o serviço de saúde e a profissão, prática reflexiva e autoconhecimento e responsabilidade social também foram identificados de modo incipiente no documento. **Considerações Finais:** O profissionalismo médico ainda se apresenta de forma fragmentada no currículo médico estudado, sinalizando a necessidade de maior investimento pedagógico, por parte da instituição de ensino, na competência profissionalismo médico.

Palavras-chaves: profissionalismo e educação médica

Keywords: professionalism and education medical

INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos na área da saúde nasceram a partir da necessidade de mudanças na formação profissional, devido a imposição de se implementar graduações com referencial teórico voltado para o Sistema Único de Saúde. As DCN da maior parte dos cursos datam entre 2001 e 2004. Para a graduação em Medicina há uma reformulação publicada em 2014. No curso de Medicina, as novas DCN buscam oferecer um direcionamento para a construção de um perfil acadêmico e profissional por competências de acordo com as necessidades atuais das populações (FURLANETTO et al., 2014).

As novas DCN 2014 são estruturadas em quatro eixos. O eixo principal é o de promoção à saúde e trata das determinações sociais do processo de saúde e doença e dos novos conceitos de saúde. O segundo eixo é o político-econômico que trata das relações entre o mercado de trabalho e o perfil formativo do médico. O terceiro eixo é o ético-cultural, no qual abordam-se questões do pluralismo cultural, da equidade e da comunicação em saúde. No quarto eixo, simbólico-tecnológico, explora-se a autonomia do profissional de saúde e os interesses de poder escorados na atuação desse profissional. A partir destes eixos deve emergir o projeto pedagógico do curso de Medicina (KUSSAKAWA; ANTONO, 2017).

Possuir um documento norteador é indispensável, para que se mantenha um padrão na formação, mas sem deixar de considerar as necessidades de adaptações para as realidades locais, como também, que cada um destes eixos deve ser trabalhado a partir de uma formação por competências.

Desse modo, o projeto pedagógico do curso deve ser capaz de proporcionar a aquisição gradual e acumulativa de competências ao longo do curso, tanto auxiliando a aquisição de novas competências, como permitindo que o estudante mantenha e desenvolva outras mais utilizadas e relacionadas a etapa formativa que se encontram (FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014). Uma das competências que deve ser ensinada aos alunos, tanto na sua composição teórica como prática, é o profissionalismo médico.

Por profissionalismo médico compreende-se o exercício da medicina conforme sua proposta identitária. Sua conceituação, ultrapassa o fazer bem tudo aquilo que se faz, pela aplicação de conhecimentos especializados para a resolução/satisfação de problemas/necessidades individuais e/ou coletivas. Significa também fazer bem aquilo que se pode fazer e que lhe acrescenta uma dimensão normativa da ordem da licitude e da eticidade, situando a súmula desta competência na tríade: ciência, consciência e excelência (CARNEIRO, et al., 2020).

Entretanto, estudos que tratam do papel das universidades na formação pautada em competências, indicam que os graduandos entram ingênuos nas escolas médicas com relação à dimensão das responsabilidades desta competência e, ao mesmo tempo, os docentes se veem desafiados a construir um ambiente de aprendizagem favorável à implementação do profissionalismo médico (RANDALL; FOSTER et al., 2016).

Esta constatação é problemática, pois considera-se que os anos da graduação devem proporcionar uma transformação nos alunos de protótipos-profissionais em profissionais verdadeiros, uma vez que a apropriação gradual do profissionalismo médico deve reverberar não apenas como valores e comportamentos, mas como uma normativa que converte acadêmicos ingênuos em médicos aptos a desempenhar conhecimentos técnicos, habilidades e atitudes (RANDALL, FOSTER et al 2016).

O profissionalismo médico deve ser mobilizado pelos médicos com compromisso e responsabilização, mediante compreensão e aquisição iniciadas na academia, proporcionadas pelos ensinamentos oriundos dos docentes/preceptores. Com esta formação, esses profissionais poderão aplicar seus domínios no cotidiano do desempenho laboral em saúde, visando cuidados eficazes e humanizados, contribuindo assim para a transformação biopsicossocial das pessoas, nos diversos cenários da atenção à saúde.

Diante do exposto, e ciente da necessidade de uma formação médica qualificada e que atenda as exigências do SUS, com foco para as demandas no campo da promoção da saúde individual e coletiva, indaga-se: no processo de formação médica, o profissionalismo emerge como uma competência constante no currículo do curso?

A justificativa para analisar o PPC de um curso de medicina decorre da importância desses documentos como balizadores e orientadores da formação em saúde, e deste modo, espera-se que este material apresente a abordagem do profissionalismo médico na formação dos graduandos que atuarão no SUS, em especial, na Estratégia Saúde da Família.

Nesse sentido, buscou-se identificar os domínios do profissionalismo médico expressos no Projeto Pedagógico do curso de Medicina, visando descobrir se existe um arcabouço pedagógico formal responsável por formar os estudantes quanto à competência profissionalismo médico e, caso exista, se ele contempla os domínios e descritores da Matriz de Competências para o Profissionalismo Médico no Brasil, já que este é o referencial teórico oficial desta competência no país.

MÉTODO

Estudo do tipo qualitativo, com abordagem descritiva, do tipo documental, desenvolvido no período de fevereiro a abril de 2020, mediante leitura e análise do projeto pedagógico de um curso de medicina vinculado à uma instituição de ensino superior situada ao sul do estado do Ceará.

O projeto pedagógico do curso, por ser considerado documento oficial estabelecido pela instituição, e que normatiza e padroniza o perfil de profissional que se pretende formar, constituiu o aporte textual utilizado nesta pesquisa para responder à questão problema e ao objeto de estudo no tocante às diretrizes curriculares para abordagem do profissionalismo médico na formação em medicina da instituição pesquisada.

Este documento foi de interesse nesta pesquisa por apresentar a proposta pedagógica do curso, os objetivos, o marco teórico – metodológico, as competências desenvolvidas na formação dos discentes, a matriz curricular e o conteúdo programático que fundamenta a formação médica. Esta análise teve como escopo principal identificar em quais elementos do PPC estão contemplados com os domínios e descritores da competência profissionalismo médico.

A coleta de dados se deu, inicialmente, a partir da solicitação do PPC a IES participante da pesquisa. Mediante a disponibilização do documento, procedeu-se à leitura detalhada e extração dos conteúdos de interesse. O instrumento utilizado para coletar estes dados consistiu em um roteiro do tipo *checklist* (APÊNDICE A), o qual possibilitou a identificação de palavras e/ou expressões contidas nos domínios e descritores do profissionalismo médico e igualmente presentes no material documental analisado. As leituras foram feitas em todas as sessões que compõe o PPC.

A análise do material extraído do documento foi realizada conforme os domínios do profissionalismo médico no Brasil, a saber: competência cultural; comprometimento com aspectos éticos; compromisso com competência técnica; compromisso com o paciente, com o serviço e com a profissão; habilidades de colaboração e comunicação; prática reflexiva e autoconhecimento e responsabilidade social, utilizando-se a técnica de análise temática de conteúdo que busca núcleos de sentido para agrupar temas em categorias. Apresentadas sob a forma de quadros, divididos em sete categorias que possibilitaram identificar expressões referentes a esses domínios.

Os resultados foram apresentados sob a forma de quadros, sendo complementados pelo *checklist* que destacou as seções e as respectivas páginas nas quais foram encontradas as expressões relacionadas.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri e iniciado após a sua aprovação, sob parecer número 2.005.435.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Domínio competência cultural

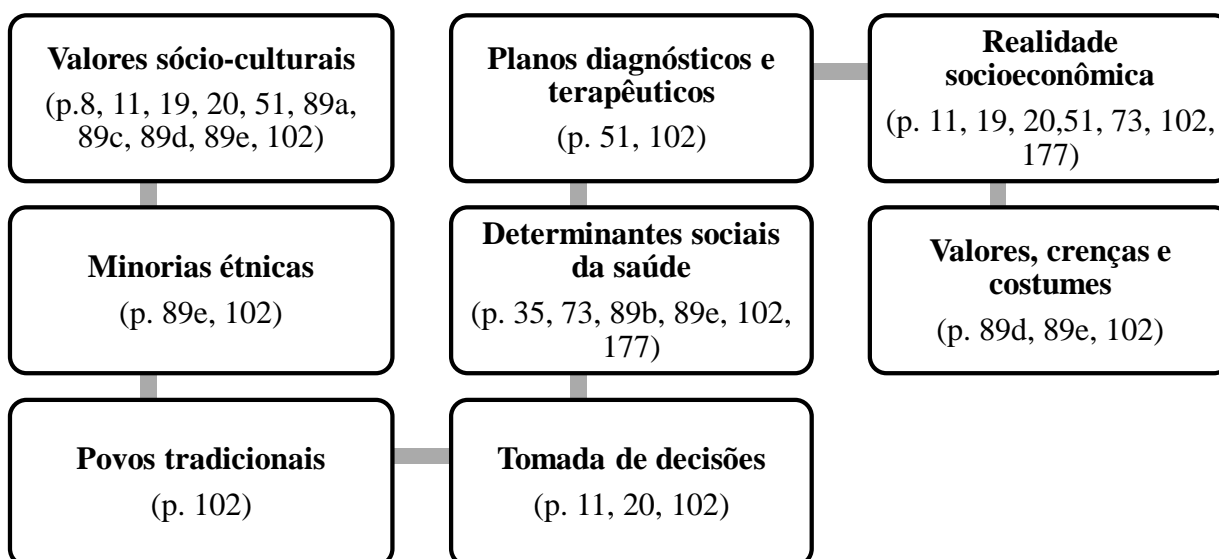
Competência cultural configura-se como a capacidade de reconhecer e incorporar os valores socioculturais da população assistida, suas minorias étnicas e povos tradicionais na tomada e no compartilhamento de decisões, utilizando os determinantes sociais da saúde de cada população na elaboração de planos diagnósticos e terapêuticos adequados a cada realidade e coerente aos valores, crenças e costumes dos pacientes e comunidade (PORTO, 2018).

Quadro 2. Expressões do domínio competência cultural identificadas no projeto pedagógico do curso de Medicina. Crato-CE, 2020.

Domínio comprometimento com aspectos éticos	
Textos introdutórios	“A criatividade, a ética e o compromisso são os princípios fundantes [...]”. (p.7);
	“A formação ética passa a ser também valorizada [...]”. (p.11);
	“[...] valorização não apenas do conhecimento científico, mas também dos valores éticos e Morais [...]”. (p.12);
	“A missão do curso de Medicina é graduar o médico (...) de acordo com princípios éticos [...]”. (p.18);
	“[...] toma decisões pautadas a partir de valores e convicções éticas e Morais [...]”. (p.19a);
	“[...] ajuda o parceiro a guiar-se por valores éticos e Morais [...]”. (p.19b);
	“O curso de medicina deve formar os alunos de acordo com os princípios Morais da profissão [...]”. (p.21a);
“O Professor deve se conduzir de acordo com os princípios éticos e morais da profissão [...]”. (p. 21b);	

Ementário	<p><u>EMENTA DESENVOLVIMENTO PESSOAL I: EVOLUÇÃO HISTÓRICA CIENTÍFICA E ÉTICA DA MEDICINA</u></p> <p>“Conhecer os conceitos de ética, moral e bioética [...]”. (p. 52);</p>
	<p><u>EMENTA ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DOS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS</u></p> <p>“Capacidade de abordar eticamente o paciente para obtenção de história clínica [...]”. (p. 94);</p>
	<p><u>DESENVOLVIMENTO PESSOAL IV – BIOÉTICA E CIDADANIA</u></p> <p>“Construir, complementar e consolidar conhecimentos sobre bioética; formar médicos com consciência ética e cidadã (p. 133);</p> <p>“Contribuir para que os médicos possam desenvolver suas atividades e tomar decisões, pautadas a partir de convicções éticas e morais [...]”. (p. 133);</p> <p>“Bioética e cidadania; bioética e legitimidade profissional na área da saúde; relação médico-paciente pelo prisma da bioética; bioética e saúde pública; bioética e a propaganda de medicamentos”. (p. 134);</p> <p>“Conflitos bioéticos – erro médico [...]”. (p. 134);</p>
	<p><u>PSIQUIATRIA</u></p> <p>“[...] respeitar as normas éticas envolvidas no exercício da Medicina, com por exemplo, sigilo, privacidade, respeito ao direito dos pacientes, relacionamento com os colegas, professores e demais membros das equipes assistenciais [...]”. (p. 192);</p>
	<p><u>DESENVOLVIMENTO PESSOAS VIII – MEDICINA LEGAL E DEONTOLOGIA MÉDICA</u></p> <p>“Introdução ao estudo de ética; conceitos de ética, moral, deontologia médica; princípios Bioéticos [...] código de ética [...]”. (p. 202);</p>
	<p><u>INTERNATO EM CLÍNICA MÉDICA</u></p> <p>“[...] desenvolver habilidades e atitudes éticas e humanitárias, necessárias no relacionamento com o paciente, a sua família e equipe multiprofissional [...]”. (p. 207)</p>
	<p><u>INTERNATO EM CIRURGIA</u></p> <p>“[...] grupos Balint para discussão de aspectos éticos [...]”. (p. 210).</p>

Quadro3. Checklist referente ao domínio competência cultural. Crato-CE, 2020.



Na análise deste domínio, verificou-se que o *corpus* de dados do documento demonstrou a capacidade de incentivo para o domínio competência cultural (Quadro 3). Contudo, o PPC

não explora igualmente todos os descritores do referido domínio. Os descritores mais favorecidos são aqueles relacionados aos determinantes sociais da saúde, tema que já é bem conhecido e discutido por diversas áreas da saúde. Ao mesmo tempo, os descritores minorias étnicas, povos tradicionais, tomada de decisões, planos diagnósticos e terapêuticos e valores, crenças e costumes não são adequadamente contemplados.

Além dos textos introdutórios, as disciplinas que contemplam os descritores do domínio competência cultural são somente as de desenvolvimento pessoal e uma única disciplina de assistência básica a saúde que tem relação com o aprendizado em Saúde da Família. As disciplinas da etapa profissionalizante do curso, relacionadas às especialidades médicas e que são as mais aguardadas pelos graduandos, infelizmente, não incorporam o domínio competência cultural, segundo o documento.

O investimento pedagógico neste domínio é o caminho para respeitar e valorizar a construção histórica da identidade de populações e/ou etnias, que possuem uma raiz social, cultural, política e relacional próprias. Estas raízes, associadas aos determinantes sociais da saúde irão definir o contexto do processo saúde-doença do indivíduo (GUTIÉRREZ; MORAIS, 2016). Por este motivo, não é possível beneficiar um ou outro componente do domínio competência cultural.

No processo formativo do futuro médico, é significativo refletir como a diversidade cultural é desenvolvida pelos graduados ao longo do curso e como eles utilizarão deste aprendizado para concretizar o uso da competência cultural em suas atividades laborais, diante de uma sociedade pautada por crescente complexidade e incerteza. Deste modo, o desenho do perfil do profissional do século XXI requer a associação de características pessoais, especificidades profissionais e um conjunto de valores e atitudes (DIAS et al., 2018).

Para o médico, apropriar-se da definição e aplicabilidade do domínio competência cultural é o caminho para tornar-se capaz de elaborar planos de promoção e prevenção, diagnósticos, tratamentos e reabilitação viáveis para a sua população adscrita, considerando cada indivíduo como um sujeito biopsicosociocultural.

Apoderar-se do descritor valores sócio-culturais e do descritor valores, crenças e costumes significa garantir na formação em saúde a sensibilização. Sensibilização as suas verdades mais íntimas. Comum conhecimento orientado à prática, como recurso teórico que permita refletir, afetar-se e deslocar-se epistemologicamente. Trata-se de comprometer-se com a saúde enquanto direito universal, de assegurar o princípio da equidade, de garantir ações em saúde verdadeiramente ética e politicamente comprometidas com o combate ao desrespeito a miscigenação (GONÇALVES; MARQUES; SCHUCMA, 2018).

Estes dois descritores, apesar de caminharem juntos na formação médica, apresentaram ambiguidade no valor dado a cada um deles. Enquanto os valores sócio-culturais são repetidamente trabalhados nas disciplinas de desenvolvimento pessoal, os valores crenças e costumes são pouco esmiuçados. Isto é dúbio, porque primeiro o estudante precisa conhecer os valores, crenças e costumes de sua população assistida, para que a partir deste conhecimento possa ajustar sua prática profissional, considerando o conjunto dos valores sócio-culturais daquele público.

Outros dois descritores são minorias étnicas e povos tradicionais. Por minorias étnicas entende-se um grupo não dominante de indivíduos que partilham certas características étnicas diferentes das características da maioria da população (PAULA; SILVA; BITTAR, 2017). Já por povos tradicionais entende-se os diferentes grupos e comunidades, que dão visibilidade a um conhecimento que muitas vezes esteve guardado entre os mais velhos ou pelos detentores da memória coletiva (ACSELRAD, 2012).

Uma minoria étnica existente no território do Cariri e que, em algum momento pode necessitar dos cuidados em saúde dos sujeitos da pesquisa, são os quilombolas e os descendentes dos índios Cariris. Estes grupos utilizam do serviço público da região do Cariri onde os internos executam suas atividades práticas, logo, em algum momento, os graduandos ou já como egressos podem tê-los como pacientes e necessitam ter entendimento das peculiaridades de cada um para oferecer o cuidado adequado.

Dois outros descritores que se referem à tomada de decisão e construção de planos diagnósticos e terapêuticos. Um dos componentes do método clínico centrado na pessoa propõe que médico e paciente encontrem uma escolha comum acerca das necessidades do paciente, ou seja, entrem em acordo em relação ao manejo dos problemas, identificando nele os papéis que cada um irá assumir.

A escolha da melhor opção de tratamento disponível deve levar em conta as preferências do paciente, único capaz de torná-lo efetivo. Ao médico cabe fornecer as informações sobre as opções de cuidados, os benefícios e malefícios de cada opção, os resultados esperados e posteriormente ouvir a opinião e as impressões do paciente sobre o que foi exposto. Esse modelo terapêutico constitui uma estratégia de tomada de decisão compartilhada (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

Esta tomada de decisão compartilhada e elaboração de planos diagnósticos e terapêuticos é mais executada pelos graduandos durante a etapa profissionalizante do curso. Deste modo, é discrepante a ausência deste domínio e consequentemente de seus descritores nas disciplinas da fase profissional do curso e no internato médico. É necessário o trabalho

teórico a respeito destes e que pode ser feita na disciplina de desenvolvimento social, mas, sobretudo, a demonstração da sua execução na prática, como também, a possibilidade de oferecer ao graduando executá-los.

Outros dois descritores que estão lado a lado são referentes aos determinantes sociais da saúde e a realidade social dos indivíduos. Conforme aponta a Organização Mundial da Saúde, os DSS referem-se aos fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, psicossociais e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Os currículos na educação médica têm sido repensados em diversos países, no sentido de aproximar os estudantes das realidades socioeconômicas de seus pacientes, pois a educação médica tradicional deixa de ensinar aos estudantes a identificarem e abordarem as condições de vida dos indivíduos (SILVIA; HIGA, 2018).

O graduando, seja ele da instituição de ensino superior pública ou privada, durante o período formativo, tem suas atividades práticas desenvolvidas em instituições públicas, que, na maioria das vezes lida com uma clientela de baixa renda. Este público sofre mais intensamente a ação dos DSS em seu contexto de saúde-doença com a moradia, alimentação, higiene, renda e saneamento básico inadequados, para que as mínimas necessidades sejam garantidas. Por isso, é preciso que o discente seja preparado para conseguir driblar os DSS e consiga instituir projetos de promoção, prevenção e terapêuticos que sejam capazes de no mínimo reduzir os impactos dos DSS no processo saúde-doença de sua população.

A formação em competência cultural deve ser fomentada em todos os níveis, desde a educação pré-médica à médica-escola, por meio de formação durante o internato das áreas específica e durante a vida profissional, uma vez que é papel do médico a redução das desigualdades em saúde e que deve ser adaptada de forma transversal ao currículo, transformando as escolas médicas nos primeiros agentes de mudança. A diversidade multicultural pede a reflexão sobre a necessidade de formar médicos culturalmente competentes, no atendimento, no acompanhamento e na intervenção junto de populações culturalmente diferenciadas (OLIVEIRA et al., 2019).

Estes resultados são desanimadores, pois para alcançar uma APS com alto nível de qualificação depende da implementação de seus atributos essenciais e derivados, entre eles está a competência cultural. As intervenções culturalmente aceitáveis, tecnicamente adequadas, manejáveis e adequadamente selecionadas devem ser implementadas em combinações que atendem as necessidades locais (STARFIELD, 2002).

Após a valorização da atenção básica na DCN 2014, a partir da fase profissionalizante do curso de Medicina e, especialmente, no período do internato médico em Saúde da Família, a formação deveria valorizar os atributos da APS, dentre eles, competência cultural.

2. Domínio comprometimento com aspectos éticos

O comprometimento com aspectos éticos refere-se as questões relacionadas a moral, a bioética e a ética, expressando-se por meio do agir com integridade e honestidade. É atuar com discrição, mantendo a confidencialidade sobre às informações relativas às pessoas sob seus cuidados. É colocar o bem-estar dos pacientes à frente dos seus interesses financeiros e corporativos, gerenciando honestamente seus conflitos de interesse. É permitir e estimular a autonomia do paciente na construção do plano terapêutico, através do compartilhamento de decisões (PORTO, 2018).

Moral corresponde ao sentimento e não a inteligência ou intelecto. O comportamento moral remete a um acordo social, a uma conduta humana de certo ou errado, que alcançou um consenso na comunidade, respeitando suas características culturais. A moral é justa, adequada, conveniente, boa, é ordem de Deus, nos produz satisfação, nos faz felizes. A moral é utilizada quando as pessoas estão tentando fazer escolhas ou julgar comportamentos e/ou ações de outras pessoas (ARÉVALO, 2017).

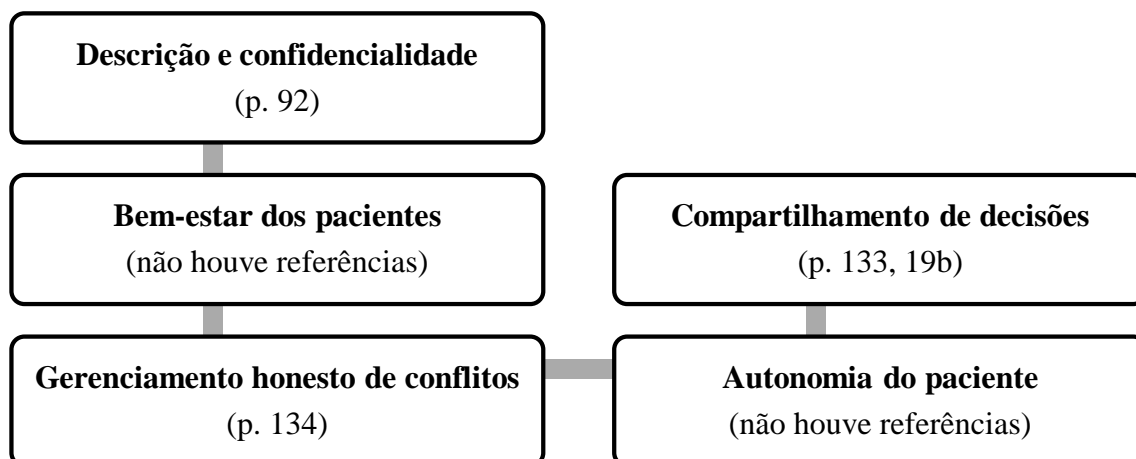
Ainda segundo o estudo de Arévalo (2017), que trata da relação entre a percepção dos conceitos de bioética, ética e moral, o conceito de ética deriva da palavra grega *éthos*, que se refere a formas de configurar os discursos identitários necessários para os relacionamentos consigo mesmo e com os outros. A ética refere-se a relacionamentos, diretrizes ou normas determinadas pela sociedade para o desenvolvimento de seus indivíduos.

Já a bioética, segundo o mesmo autor, se esforça para gerar conhecimento relacionado à maneira de usar o saber para o bem social, baseado em outro entendimento realista da natureza biológica do homem e do mundo biológico. A bioética coloca a ciência e as humanidades em diálogo, cujo objetivo é estabelecer a relação entre os valores, os atos éticos e biológicos (ARÉVALO, 2017).

Quadro 4. Expressões do domínio comprometimento com aspectos éticos identificadas no projeto pedagógico do curso de Medicina. Crato-CE, 2020.

Domínio comprometimento com aspectos éticos	
Textos introdutórios	<p>“A criatividade, a ética e o compromisso são os princípios fundantes [...]”. (p.7);</p> <p>“A formação ética passa a ser também valorizada [...]”. (p.11);</p> <p>“[...] valorização não apenas do conhecimento científico, mas também dos valores éticos e Morais [...]”. (p.12);</p> <p>“A missão do curso de Medicina é graduar o médico (...) de acordo com princípios éticos [...]”. (p.18);</p> <p>“[...] toma decisões pautadas a partir de valores e convicções éticas e Morais [...]”. (p.19a);</p> <p>“[...] ajuda o parceiro a guiar-se por valores éticos e Morais [...]”. (p.19b);</p> <p>“O curso de medicina deve formar os alunos de acordo com os princípios Morais da profissão [...]”. (p.21a);</p> <p>“O Professor deve se conduzir de acordo com os princípios éticos e morais da profissão [...]”. (p. 21b);</p>
Ementário	<p><u>EMENTA DESENVOLVIMENTO PESSOAL I: EVOLUÇÃO HISTÓRICA CIENTÍFICA E ÉTICA DA MEDICINA</u></p> <p>“Conhecer os conceitos de ética, moral e bioética [...]”. (p. 52);</p> <p><u>EMENTA ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DOS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS</u></p> <p>“Capacidade de abordar eticamente o paciente para obtenção de história clínica [...]”. (p. 94);</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO PESSOAL IV – BIOÉTICA E CIDADANIA</u></p> <p>“Construir, complementar e consolidar conhecimentos sobre bioética; formar médicos com consciência ética e cidadã (p. 133);</p> <p>“Contribuir para que os médicos possam desenvolver suas atividades e tomar decisões, pautadas a partir de convicções éticas e morais [...]”. (p. 133);</p> <p>“Bioética e cidadania; bioética e legitimidade profissional na área da saúde; relação médico-paciente pelo prisma da bioética; bioética e saúde pública; bioética e a propaganda de medicamentos”. (p. 134);</p> <p>“Conflitos bioéticos – erro médico [...]”. (p. 134);</p> <p><u>PSIQUIATRIA</u></p> <p>“[...] respeitar as normas éticas envolvidas no exercício da Medicina, com por exemplo, sigilo, privacidade, respeito ao direito dos pacientes, relacionamento com os colegas, professores e demais membros das equipes assistenciais [...]”. (p. 192);</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO PESSOAS VIII – MEDICINA LEGAL E DEONTOLOGIA MÉDICA</u></p> <p>“Introdução ao estudo de ética; conceitos de ética, moral, deontologia médica; princípios Bioéticos [...] código de ética [...]”. (p. 202);</p> <p><u>INTERNATO EM CLÍNICA MÉDICA</u></p> <p>“[...] desenvolver habilidades e atitudes éticas e humanitárias, necessárias no relacionamento com o paciente, a sua família e equipe multiprofissional [...]”. (p. 207)</p> <p><u>INTERNATO EM CIRURGIA</u></p> <p>“[...] grupos Balint para discussão de aspectos éticos [...]”. (p. 210).</p>

Quadro 5. Checklist referente ao domínio comprometimento com aspectos éticos. Crato-CE, 2020.



Na averiguação documental do PPC do curso, apesar de mencionar em vários momentos o tema ética, identifica-se que o documento não confirma a potencialidade no investimento no domínio comprometimento com aspectos éticos porque são citações vagas sem um arcabouço teórico sustentável, que demonstre sua aplicabilidade e não existem citações diretas aos descritores do referido domínio. Nenhum dos descritores é explorado suficientemente no PPC e os descritores bem-estar dos pacientes e autonomia do paciente não são referenciados. Deste modo, considerando a amplitude das definições de ética, bioética e moral, esta generalização pode dar margem a erros de interpretação e, conseqüentemente de condutas do futuro profissional.

As disciplinas que abrangem os descritores do domínio comprometimento com aspectos éticos são desenvolvimento pessoal, abordagem do paciente e patologia. A etapa profissionalizante é contemplada na disciplina de psiquiatria e em dois períodos do internato, clínica médica e cirúrgica.

O PPC não deve contemplar apenas aspectos referentes ao conhecimento técnico-científico. Deve, também, favorecer o compromisso ético-político com aspectos relacionados à cidadania e emancipação dos sujeitos e coletividades, abraçando um compromisso embasado na tríade moral-ética-bioética (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014).

Problemas na trindade moral-ética-bioética podem acarretar quebra de confidencialidade e sigilo de informações, desrespeito entre profissionais e usuários e a fragilidade do relacionamento entre os membros da equipe, gerando insatisfações com o trabalho e dificultando o cuidado continuado dos pacientes (DOURADO et al., 2020). Possuir um embasamento das bases éticas da profissão permite driblar situações desagradáveis e

algumas vezes constrangedoras que surgem no cotidiano do trabalho, reduzindo a tensão entre as pessoas e buscando garantir a satisfação possível para todos.

Descrição e confidencialidade são os alicerces da moral-ética-bioética e, por este motivo, o primeiro descritor do domínio comprometimento com aspectos éticos. A descrição e confidencialidade médica é comumente chamada de sigilo médico. É um dos pilares na medicina e um dos direcionamentos de condutas éticas e morais mais importantes da profissão. Está amparado em normatizações do Conselho Federal de Medicina. No exercício da profissão é fundamental assegurar o sigilo dos dados. O profissional deve resguardar o que lhe é relatado pelo paciente e/ou familiares ou encontrado por meio da propedêutica médica, a fim de garantir relação saudável entre médico e paciente, sendo o primeiro considerado o fiel depositário das informações (LIMA et al., 2020).

Quando o paciente adentra no consultório médico e a porta é fechada, ali se inicia um momento de entrega daquele que buscou o atendimento e de esperança que, aquele que o acolheu, solucione sua demanda. Muitas vezes, a intimidade mais profunda do ser humano doente ou em busca de prevenção de doenças é acessada pelo profissional e pode trazer à tona alegrias, mas, também, dores. Segredos que nem mesmo os familiares ou amigos tem conhecimento. O consultório se transforma em um confessionário onde que o adentrou está em busca de curas para o corpo e, às vezes, para a alma.

É preciso construir uma relação com o paciente e um ambiente de consulta que propiciem o bem-estar e favoreçam uma escuta ativa, o diálogo verbal e não-verbal, para que ao final os objetivos da consulta tenham sido alcançados tanto pelo médico como pelo paciente

O bem-estar é relacionado a aspectos referentes ao modo de vida das pessoas, contemplando esferas do bem-estar físico e mental, por exemplo, alimentação adequada, atividade física, emprego e espiritualidade. O bem-estar equilibrado favorece a manutenção da saúde do indivíduo, o desempenho satisfatório no trabalho e a participação social (ROCHA; BARATA; BRAZ, 2019).

A busca por garantir a descrição, confidencialidade e bem-estar dos pacientes ajuda a reduzir e os conflitos que podem nascer da relação-médico paciente e, também, a manejá-los quando por algum motivo eles surgiram. Ao pensar sobre os atuais conflitos da relação médico-paciente, que tem gerado um aumento da judicialização da saúde, deve-se voltar a atenção para a formação médica. O que se espera dos seis anos de graduação em medicina é que a cada semestre o aluno alicerce conhecimentos sobre moral-ética-bioética médica, consolide seu discernimento sobre condutas diante das diversas situações encontradas no exercício da

profissão e saiba se posicionar de maneira a garantir o manejo adequado de cada paciente (FILLUS; RODRIGUES, 2019).

Nos tempos em que o acesso à informação é amplo e que, muitas vezes, o paciente já entra no consultório com um pedido concreto, acreditando ser o que precisa para solucionar sua demanda, o Conselho Federal de Medicina publicou em 2016, a recomendação CFM 1/2016.1 referente ao consentimento livre e esclarecido na assistência médica. A orientação sugere ao médico desligar-se da relação vertical com o paciente, propondo-lhe uma relação mais próxima e horizontal, respeitando a autonomia do paciente, sujeito de direitos e que deve estar ciente de diagnósticos, prognósticos e tratamentos indicados (PAZINATTO, 2019).

A autonomia do paciente propicia que ele possa discernir e, principalmente, decidir sobre as necessidades que seu estado de saúde-doença exigem e que o médico considera mais adequadas. Caso não haja um consenso entre as partes, é preciso que fique explícito no prontuário do paciente que a escolha do tratamento preservou a autonomia do paciente, mas que não era a indicada pelo médico. Preservar a autonomia do paciente pode não alcançar o objetivo esperado pelo profissional, mas contempla as possibilidades do paciente e seu desejo.

É preciso fazer um esforço, por vezes, repetitivo para que haja uma decisão compartilhada que encontra respaldo no princípio ético da beneficência e da não maleficência, que pretende incluir os pacientes e/ou familiares nas decisões ligadas ao atendimento clínico e deve fazer parte da prática clínica. Compartilhar decisões quer dizer respeitar a autonomia dos pacientes e garantir um atendimento consistente com seus valores e preferências (WESTPHAL; RAMOS, 2020).

O modelo biomédico de formação, que não permite esta relação horizontal entre médico-paciente, atualmente, recebe críticas resultantes da insatisfação com despreparo humanístico dos egressos das IES para lidarem com problemas pertencentes a moral-ética-bioética. As reformas curriculares vêm tentando agregar este domínio, mas para essa mudança tornar-se efetiva é necessária a participação dos estudantes. Por isso, devem ser criados espaços que permitam o envolvimento dos alunos em discussões sobre o sistema de saúde e o modelo hegemônico de ensino das escolas médicas, para que fique clara a falta de integração entre esses dois polos (MOTA; VÉRAS, 2020).

Esta divergência entre o não favorecimento do PPC neste domínio, sendo ele o que é mais exigido a nós por parte do CFM, reforça o entendimento de que o PPC quando foi construído, ainda considerava o modelo biomédico de ensino e que, por mais que ética médica acompanhe a profissão desde Hipócrates, a soberania médica exercida por meio de uma relação verticalizada, ainda se sobressaía ante o comprometimento com os aspectos éticos da profissão.

No entanto, para os participantes da pesquisa, esta discordância de valores, não se comprova quando na análise da coleta de dados, a ética foi entendida como núcleo central do profissionalismo médico. Neste ponto, temos um lado positivo e outro negativo. A questão favorável é que, mesmo sem o PPC esmiuçar a ética médica no documento, está intrínseco nos graduando sua importância e necessidade. O desfavorável é que, o profissionalismo médico não é composto somente pela ética médica e nem tem um domínio mais importante que o outro, ao contrário, todos são igualmente essenciais para que o profissionalismo médico seja instituído.

O novo Código de Ética Médica, revisado e atualizado em 2018, é composto de 26 princípios fundamentais do exercício da medicina, 11 normas diceológicas, 117 normas deontológicas e quatro disposições gerais. Nele estão disposições obrigatórias para o exercício da profissão e para o ensino, pesquisa e administração de serviços de saúde. É amplo o suficiente para necessitar que ao longo dos seis anos de formação seja repetidamente esmiuçado (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

3. Domínio comprometido com a competência técnica

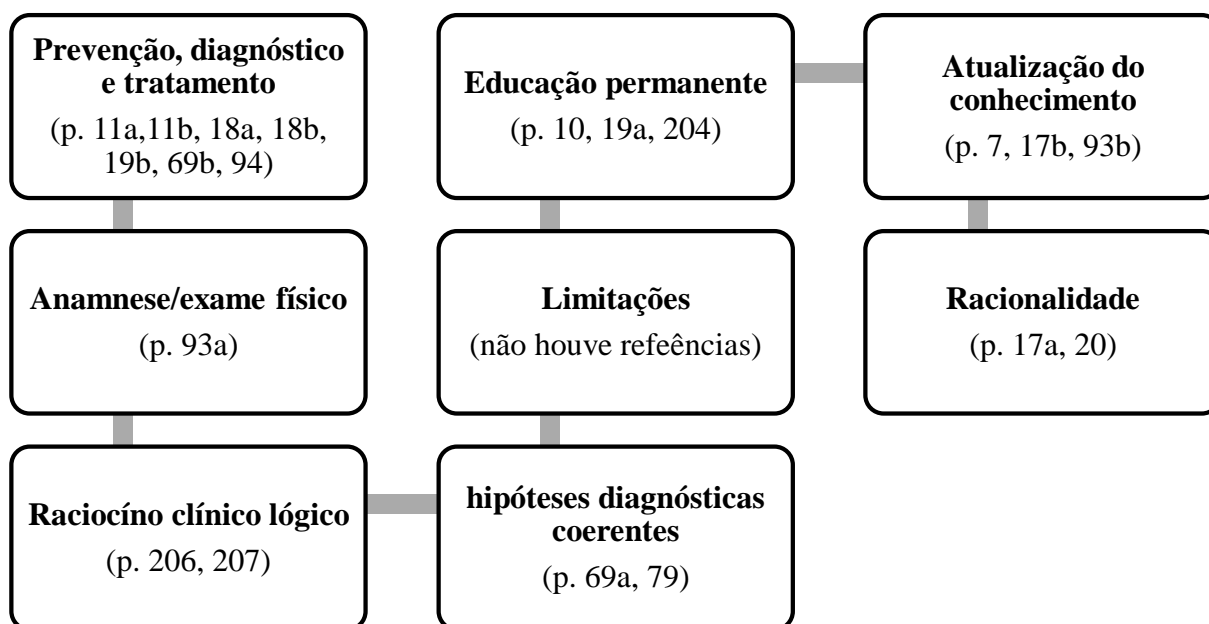
O comprometido com a competência técnica relaciona-se as demandas a respeito da propedêutica médica e seus recursos diagnósticos, da epidemiologia e da educação permanente, expressando-se por meio da capacidade de prevenir, diagnosticar e trata clinicamente as doenças e agravos prevalentes na região onde atua. Além disso, possibilita realizar anamnese, reconhecendo os seus elementos centrais e o exame físico que integra seus achados com a história clínica, elaborando raciocínio clínico lógico e formulando hipóteses diagnósticas coerentes.

De modo complementar, possibilita que o profissional reconheça suas limitações e identifique suas necessidades de educação permanente, comprometendo-se com a aprendizagem ao longo da vida, com atualização e aprimoramento do seu conhecimento científico, das suas habilidades clínicas e relacionais. Associado a isto, viabiliza a utilização racional dos recursos diagnósticos e terapêuticos através de noções de custo-efetividade e risco-benefício, embasados nas melhores evidências científicas (PORTO, 2018).

Quadro 6. Expressões do domínio compromisso com a competência técnica identificadas no projeto pedagógico do curso de Medicina. Crato-CE, 2020.

Domínio compromisso com a competência técnica	
Textos introdutórios	<p>“O projeto do curso de medicina ora apresentado está igualmente sintonizado com a modernidade técnica-científica [...]”. (p.7);</p> <p>“ [...] processo ininterrupto de aprendizagem do médico, que na graduação não se esgota [...]”. (p.10);</p> <p>“ [...] perfil epidemiológico de nosso estado/região estarão contempladas nos conteúdos obrigatórios do currículo [...]”. (p.11a);</p> <p>“Tendo como objetivo principal a promoção da saúde e a prevenção das doenças [...]”. (p.11b);</p> <p>“Em nosso meio, a implantação do SUS e a valorização dos sistemas locais de saúde favorecem uma medicina mais próxima da população e interiorizada [...]”. (p.17a);</p> <p>“[...] um novo perfil de profissional, com capacitação mais abrangente, precisa ser formado frente as atuais exigências de nossa estrutura epidemiológica [...]”. (p.17b);</p> <p>“ [...] articular as ações de caráter preventivo com aquelas essencialmente curativas [...]”. (p.18a);</p> <p>“[...] a implantação do programa Saúde da Família [...] reforça um modelo predominantemente preventivo [...] se dá ênfase as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos [...]”. (p.18b);</p> <p>“Assume o compromisso de manter-se atualizado, adotando sempre uma atitude crítica e de busca de aperfeiçoamento pessoal e profissional [...]”. (p.19a);</p> <p>“[...] formação geral e sólida para atuar na promoção, na prevenção e no tratamento de doenças [...]”. (p.19b);</p> <p>“O currículo deve desenvolver a capacidade de tomar decisões entre tecnologias disponíveis, levando em conta a preservação da qualidade do atendimento e a relação custo-benefício [...]”. (p.20).</p>
Ementário	<p><u>EMENTA ASSISTÊNCIA BÁSICA A SAÚDE 2: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE</u> “Conceitos e identificação de indicadores sociais, econômicos, ambientais e de saúde na análise de situação de saúde, do perfil epidemiológico e das condições de vida da comunidade [...]”. (p. 69a);</p> <p>[...] orientando o planejamento de ações [...] de intervenção de caráter preventivo [...]”. (p. 69b);</p> <p><u>EMENTA RELAÇÃO PARASITO HOSPEDEIRO</u> “Conhecer as características das grandes endemias da região Nordeste [...]”. (p. 79);</p> <p><u>EMENTA ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DOS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS</u> “Proporcionar [...] a aquisição de conhecimentos e técnicas necessárias para realização do exame clínico [...] interagir com o paciente para obter história clínica completa: Identificação, HDA, Antecedentes, Interrogatório Sistemático, Exame físico Geral e Segmentar [...] elaborar diagnósticos com integração anatomoclínica [...] conhecer os principais sinais e sintomas [...] desenvolver habilidades para avaliar o exame físico geral e segmentar [...]”. (p. 93a).</p> <p>“ [...] compromisso de atualização, assumindo posturas críticas e estimulando o desenvolvimento do grupo [...]”. (p. 93b);</p> <p>“Conhecer a terapêutica clínica envolvida nos principais sinais e sintomas [...]”. (p. 94);</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO PESSOAL VII – MEDICINA PREVENTIVA</u> “Identificar os níveis de prevenção da História Natural das Doenças no Homem e as ações preventivas e de controle indicadas para cada uma das doenças estudadas; conhecer o perfil de morbimortalidade da população brasileira e do Ceará; conhecer a epidemiologia e controle das doenças infecciosas de maior importância em saúde pública [...]”. (p. 177);</p> <p><u>INTERNATO EM SAÚDE COMUNITÁRIA</u> “[...] participar de atividades e processos de educação permanente dos profissionais de saúde [...]”. (p. 204);</p> <p><u>INTERNATO EM CINÍLICA MÉDICA</u> “[...] interpretar e analisar os principais exames complementares solicitados; fazer revisão de semiologia, de fisiopatologia dos principais sinais e sintomas clínicos correlacionando-os com o diagnóstico [...] desenvolver e aprimorar o raciocínio clínico [...]”. (p. 206 e 207).</p>

Quadro 7. Checklist referente ao domínio compromisso com a competência técnica. Crato-CE, 2020.



No *corpus* de dados do PPC referente ao domínio compromisso com a competência técnica entendemos que os descritores anamnese/exame físico, hipóteses diagnósticas e prevenção, diagnóstico e tratamento estão interligados e, somando-os, oferecem uma exploração suficiente sobre o tema dos descritores. Ao mesmo tempo, os descritores raciocínio lógico e racionalidade estão em unidade, contemplando, assim, com suficiência os descritores do assunto. Do mesmo modo, acontece com os descritores educação permanente e atualização do conhecimento. Com isso, não fosse pela ausência de citações referentes ao descritor, limitações e a ausência deste domínio nos ementários das outras três disciplinas que compõem a base da formação médica, clínica cirúrgica, ginecologia/obstetrícia e pediatria, a exploração do domínio seria considerada suficiente. Assim, pode-se considerá-lo, parcialmente suficiente.

Os textos introdutórios citam diversas vezes o domínio compromisso com a competência técnica. No ementário três disciplinas da etapa básica da formação, juntamente com o internato de clínica médica e o internato de saúde comunitária completam as referências ao domínio. Pela primeira vez no PPC, o internato de Saúde da Família ou Saúde Comunitária como é denominado na IES A, é mencionado.

A formação do estudante de Medicina possui entre as variáveis que a influenciam a figura do professor ideal. Capaz de ensinar as competências médicas para os graduandos. O professor é um modelo a ser seguido, o que é crucial na formação dos futuros médicos. Para os discentes algumas características como conhecimento, organização, entusiasmo, habilidade de

interação com o grupo, competência clínica e profissionalismo médico são fundamentais para que o professor possa repassar com qualidade seus conhecimentos, habilidades e atitudes para os futuros médicos (TÁVORA et al., 2020).

Promoção da saúde reporta-se a práticas e condutas que buscam o aperfeiçoamento da saúde da população por meio de iniciativas que visam o aumento do bem-estar e da qualidade de vida. Essas ações caracterizam-se pelo favorecimento do empoderamento do indivíduo e da comunidade, impulsionando-os a buscar e agir sob os determinantes sociais da saúde com atitudes sustentáveis e multi estratégicas, alicerçando-se, especialmente, na Estratégia Saúde da Família através da integralidade do cuidado e da participação social. No entanto, ainda há uma ótica tradicional de promoção da saúde, que se utiliza de recursos para transmissão de informações para os indivíduos e para a comunidade, apoiada em um modelo que valoriza de forma secundária os DSS e a história natural das doenças (SOBRAL et al., 2018).

Promoção e prevenção da saúde deveria ser o foco da atenção primária a saúde, buscando evitar o aumento das doenças transmissíveis e das doenças crônicas não-transmissíveis. No entanto, o que se vê neste e nos outros níveis da atenção, é uma medicina focada em curar ou reabilitar e que esquece que instituir para os pacientes a alimentação saudável, atividade física, cessação do tabagismo, álcool e outras drogas. As condutas de promoção e prevenção, além de favorecerem a qualidade e a perspectiva de vida das pessoas, também, é menos onerosa ao sistema de saúde.

A prática médica, tem sua centralidade no que enunciamos com “a clínica é soberana” e que tem sua base em uma boa anamnese/exame físico. A palavra Anamnese vem do grego *ana*, trazer de novo e *mnesis*, memória. O anamnese/exame físico colabora com a construção de um diagnóstico pautado na queixa do paciente, desvendando a sua patologia ou doença, sempre baseada na relação médico-paciente com respeito e confiabilidade. A anamnese faz com que a clínica seja soberana, favorecendo o uso da razão lógica, conhecimento de suas limitações, respeito às informações e uma abordagem clínica sempre respeitosa, competente, segura e ética de frente a queixa principal e dados relatados pelo paciente (DIAS et al., 2019).

Uma anamnese bem executada permite que o médico tome conhecimento da história da doença atual, dos hábitos de vida, da história familiar, do seu histórico progresso de doenças e de informações pessoas como espiritualidade e profissão que podem ter influencias boas e ruins no processo saúde-doença. Conhecer a pessoa é essencial, uma vez que não cuidamos ou tratamos doenças. Cuidamos e tratamos pessoas com sua história de vida entrelaçada em seu estado de saúde.

Para que o profissional consiga interligar com lógica todos os dados do paciente, construindo um mapa conceitual a respeito daquela pessoa, é necessário dispor de raciocínio lógico. As escolas médicas têm o trabalho de promover a aquisição raciocínio lógico pelos estudantes, pois, trata-se de um dos maiores atributos a ser desenvolvido durante o curso médico, visando a elaboração do diagnóstico correto e da melhor conduta. Um raciocínio lógico satisfatório depende dos conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas em cada disciplina, os quais irão gerar hipóteses diagnósticas. (PEIXOTO; SANTOS; FARIA, 2019).

Hipóteses diagnósticas coerentes nascem de um processo de aprendizagem que não deve ser encarado como uma transferência de conhecimentos do docente para o discente e sua memorização. A construção de hipóteses diagnósticas deve partir da análise de situações, abrangendo, entre outras características, embasamento teórico, capacidade e habilidade de execução, raciocínio, pensamento crítico, postura profissional e ética e até certa independência para a produção do saber (PRICINOTE et al., 2020).

As hipóteses diagnósticas coerentes garantem a segurança do paciente e do médico. Para o primeiro reduzem o risco de erros ou iatrogenias e para o médico, além de comprovarem sua propriedade como profissional, diminuem as possibilidades de judicializações, as quais tem se tornado tão comuns no meio médico e tem decrescido respeitabilidade da profissão perante a sociedade.

É claro que, sendo o médico um humano, ele possui limitações, que algumas vezes, podem não o fazer chegar as hipóteses diagnósticas mais adequadas para cada paciente. Ter humildade para reconhecer esta limitação quando houver e orientar o paciente a buscar outra opinião médica capaz de completar ou mesmo corrigir a anterior, ao invés de gerar problemas para o paciente e para o médico, possibilitará a edificação de uma relação médico-paciente mais saudável e que, futuramente, poderá fazer com a mesma pessoa volte a buscar o profissional pela humildade e sinceridade disparados no encontro anterior.

As limitações do médico trazem à tona a outra face da profissão. Em volta pelo contato frequente com a dor e o sofrimento, pela necessidade de lidar com as expectativas dos pacientes e familiares e com as limitações do conhecimento. A medicina provoca em muitos a ilusão de que é uma profissão em volta apenas de glórias e grandes retornos financeiros. No entanto, existem vários fatores de estresse que têm se elevado o número de profissionais com síndrome de *Bernout* e apresentado as famílias dos profissionais e a sociedade esta outra face da profissão (BATISTA; LESSA, 2019). Uma maneira de reduzir estas limitações de conhecimentos, habilidades e atitudes e, conseqüentemente, de hipóteses diagnósticas não coerentes é investindo na educação permanente dos profissionais.

A educação permanente em saúde é uma estratégia político-pedagógica que tem como objetivo utilizar-se dos problemas e necessidades dos usuários do SUS e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal. A criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no País. (BRASIL,2018).

Um dos frutos da Política Nacional de Educação Permanente em saúde é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) que surgiu em 2009. O PET-Saúde visa favorecer o pensamento crítico sobre conceito saúde-doença com a inserção de acadêmicos nos serviços de saúde, buscando à integralização entre ensino, serviço e comunidade e valorizando a interdisciplinaridade e troca de saberes. As mudanças na formação dos profissionais de saúde são necessárias, visto que a lei regulamentadora do SUS objetiva à formação de profissionais com o perfil adequado para este sistema de saúde (XAVIER et al., 2018).

A formação por meio do ensino-serviço prepara o futuro profissional para as realidades que irão encontrar. Diferente dos ambientes simulados-controlados que as IES oferecem para as práticas. Estas são importantes, mas, ao mesmo tempo, limitadas. É preciso que em algum momento da formação, o graduando seja inserido no contexto pessoal, familiar, comunitário e do sistema único de saúde, os quais interferem diretamente no processo de promover, prevenir e, algumas vezes, tratar a saúde das pessoas.

Manter a atualização do conhecimento é indispensável para o aperfeiçoamento profissional contínuo. Com este objetivo, existem na atualidade diversas opções de investimento formativo. A residência médica é a opção mais procurada pelo médico recém-formado. Ela oferece uma série de competências para desenvolver um profissional altamente qualificado. Em 2015, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade publicou o Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade. O documento pretende nortear a qualidade da formação dos egressos dos programas de residência médica na área (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016).

Outras opções de desenvolvimento e atualização do conhecimento são os cursos *Lato Sensu*, *Scrito Sensu* e o Ensino à Distância (EAD). No país há uma importante atividade de pós-graduações nestes níveis de ensino e formação em saúde com envolvimento de secretarias estaduais e municipais de saúde. Estes cursos tornaram-se instâncias de apoio ao SUS, uma vez que estimulam a integração ensino-serviço. Destes modelos de cursos, a pós-graduação *Scrito*

Sensu é considerado o programa mais bem-sucedido na educação brasileira. Ela foi formulada com o propósito específico de contribuir para o desenvolvimento nacional, por meio da formação em competências para pesquisa, voltados para docentes e profissionais do serviço (NOVAES et al., 2018).

O ensino-serviço é ainda uma maneira de proporcionar ao futuro profissional conhecer e compreender o nível assistencial em que irá atuar. De modo que, esteja preparado para executar suas ações com racionalidade, buscando evitar onerar o sistema de saúde em que atua, seja ele privado ou público. Para isto, faz-se essencial que o profissional compreenda modelo assistencial no qual está inserido. Por modelo de atenção ou modelo assistencial entende-se que é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas (FALKENBERG et al., 2014).

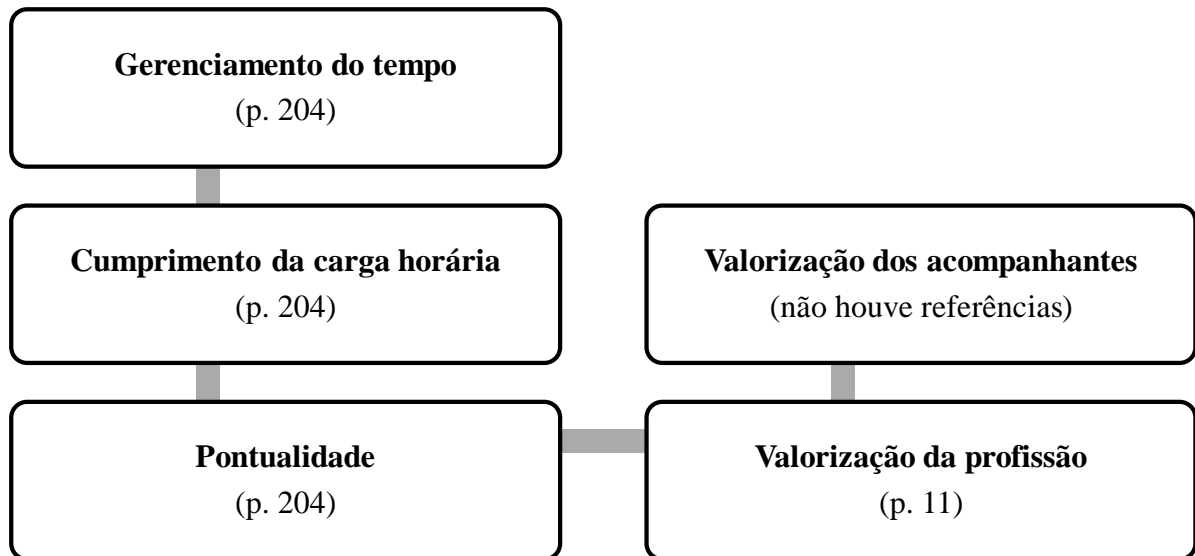
4. Domínio compromisso com o paciente, com o serviço de saúde e com a profissão

Compromisso com o paciente, o serviço de saúde e a profissão concerne as ações relacionadas ao processo de trabalho do médico e revela-se por meio do gerenciamento adequadamente o tempo de atendimento, cumprimento a carga horária de trabalho, manutenção da a pontualidade e valorização da profissão e dos acompanhantes (PORTO, 2018).

Quadro 8. Expressões do domínio compromisso com o paciente, com o serviço de saúde e com a profissão identificadas no projeto pedagógico do curso de Medicina. Crato-CE, 2020.

Domínio compromisso com o paciente, com o serviço de saúde e com a profissão	
Textos introdutórios	“[...] passa ser também valorizada [...] outras questões relacionadas ao exercício profissional e as relações com associações de classe passam a ser valorizadas [...]”. (p.11); “[...] processo ininterrupto de aprendizagem do médico, que na graduação não se esgota [...]”. (p.10);
Ementário	<u>INTERNATO EM SAÚDE COMUNITÁRIA</u> “[...] buscando a qualificação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho [...]”. (p. 204).

Quadro 9. *Checklist* referente ao domínio compromisso com o paciente, com o serviço de saúde e com a profissão. Crato-CE, 2020.



No *corpus* de dados do PPC referente ao domínio compromisso com o paciente, o serviço de saúde e a profissão percebe-se que os descritores gerenciamento do tempo, cumprimento da carga-horária e pontualidade estão juntos na tentativa de contemplar o domínio. Porém, os três são mencionados em uma mesma frase, que apesar de pertencer ao ementário de saúde comunitária, aquela investigada nesta pesquisa, não oferecem uma exploração suficiente dos descritores.

Já o descritor valorização da profissão é vagamente citado nos textos introdutórios e não demonstra o detalhamento que demanda o descritor. Enquanto que, o descritor valorização do paciente não é referenciado nem nos textos introdutórios e nem nas ementas. Assim, podemos concluir que o domínio compromisso com o serviço, o paciente e a profissão não é expresso suficientemente no PPC.

O primeiro passo para construir e manter o compromisso com o serviço, o paciente e a profissão é se apropriar do processo de trabalho do seu nível de atenção e como eles estão instituídos no local onde o profissional prestará a sua atividade laboral. Uma das questões relacionadas ao processo de trabalho é a carga-horária dos profissionais.

A carga-horária de trabalho dos profissionais da APS é algo repetidamente discutido entre a gestão e os profissionais da assistência e, ao mesmo tempo, na maior parte dos casos, não agrada aqueles que estão na linha de frente assistencial. Pela PNAB (2017), recomenda-se que as UBS tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo cinco dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à

população. Horários alternativos de funcionamento ou ampliados (sábados, domingos e feriados) podem ser pactuados por meio de colegiados com participação social, desde que atendam a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima descrita no documento (BRASIL, 2017).

Para equipes de Consultório na Rua deve-se cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana. Outra recomendação é evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias (BRASIL,2017).

É sabido que para a ESF conseguir desempenhar todas as atribuições que lhe são devidas, promover saúde, prevenir agravos, diagnosticar, tratar, curar e reabilitar, é necessário uma dedicação de 40 horas semanais. No entanto, como incentivar um profissional, independentemente de sua categoria profissional, a permanecer com um único vínculo trabalhista, que lhe exige dedicação exclusiva, oferecendo como retorno salários discrepantes ao trabalho executado, infraestruturas deterioradas, dificuldade de diálogo com a gestão e escassez de insumos?

Ajustar a jornada de trabalho dos profissionais da ESF, considerando a disponibilidade de tempo para estudar e se aprimorar, a redução da população adscrita por equipe, a melhoria salarial e de infraestrutura das Unidades e o respeito às necessidades diversas de cada fase do ciclo vital dos profissionais, como trabalhar menos na assistência quando já não se é tão jovial, sanar a precariedade dos vínculos trabalhistas na APS e ter estabilidade é fundamental para que alguém se dedique integralmente a uma atividade laboral única (CHEHUEN NETO et al., 2019).

Mesmo com estas dificuldades, ao optar-se por trabalhar na APS é necessário que o profissional se organize de maneira que possa tentar minimizá-las sem prejuízos a si, a equipe e a população, como também, que seja capaz de cumprir todas as ações que são sua responsabilidade e gerenciar o tempo durante a jornada de trabalho é uma atitude capaz de tornar o período laboral melhor utilizada. Independentemente da maneira como a carga-horária dos profissionais esteja distribuída, uma ferramenta que tem a capacidade de auxiliar no gerenciamento do tempo na APS é o registro médico orientado por problemas (RMOP).

RMOP é constituído por três componentes: dados base, notas clínicas progressivas e lista de problemas. O RMOP atende os cinco objetivos operativos definidos por McWhinney¹. Outras vantagens que o RMOP é facilitar a relação médico-paciente, melhor a performance da equipe, aumento das oportunidades de intervenção de educação em saúde e de empoderamento

da pessoa, o conhecimento do estado de controlo da doença, a possibilidade de caracterizar o perfil de consumo de cuidados de saúde, levando o médico muitas vezes a entender a verdadeira natureza subjacente do problema, a reflexão sobre os problemas de saúde identificados, levando à tomada de decisões de intervenção e podendo ser considerado um documento científico (GRANJA; OUTEIRINHO, 2018).

Além do compromisso com o paciente e com o serviço que atua, o médico necessita possuir compromisso com a profissão. Chehuen Neto (2019), orienta a necessidade de valorizar a profissão médica por meio da corresponsabilização pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, comprometimento com a formação de futuros profissionais de saúde, o aprendizado participativo, interprofissional, em contextos diversificados, envolver-se em pesquisa e estimular o domínio de outro idioma, possibilitando mobilidade acadêmica e profissional.

Valorizar a profissão é sinônimo de valorizar o nível assistencial no qual se está inserido, compreendendo que ele é indispensável para a manutenção do sistema de saúde gratuito para todos, valorizar os colegas de trabalho, entendendo que o trabalho em equipe faz fluir com mais qualidade os serviços prestados e a resolutividade das demandas e valorizando a população a quem presta assistência, sabendo que as pessoas que procuram o cuidado profissional, o fazem na intenção de pedir ajuda a alguém que teoricamente tem mais expertise que aquele que estão em sofrimento.

A pessoa em sofrimento deseja e requer apoio, carinho, incentivo, acolhimento. Funções desempenhadas pelo familiar, amigo ou alguém de confiança. Alguém que é presença indispensável na consulta tanto para esta ao lado como para auxiliar no processo de diagnóstico e tratamento compartilhado.

Conforme os pressupostos legais, o acompanhante deve estar presente em consultas de saúde infantil, doença mental grave ou déficit cognitivo. Em outras situações, sua presença é facultativa e de livre escolha do paciente. Existem razões que corroboram positivamente para a presença nas consultas de um acompanhante: ajudar com o transporte, fazer companhia, dar apoio emocional, ajudar a fornecer e pedir informação, participar na tomada de decisões e prestar cuidados. Ao mesmo tempo, há motivos que o desaprovam: comprometer pressupostos básicos da relação médico-paciente, principalmente a liberdade do paciente falar de assuntos que deseja manter privados. Existir uma comunicação excessiva entre o acompanhante e o médico, dificultando a seleção da informação clínica. Menor envolvimento do doente no seu tratamento (FLORÊNCIO; TRINDADE; SANTIAGO, 2019).

Mesmo com esta divergência de opiniões, ambas com justificativas plausíveis, o acompanhante precisa ser valorizado e não pode ser ignorado. Cabe ao médico, por meio das habilidades de comunicação, transformá-lo em um aliado, visando o aproveitamento máximo da consulta para obter o bem-estar do paciente e a resolutividade do problema que o fez buscar atendimento médico.

5. Domínio habilidades de colaboração e comunicação

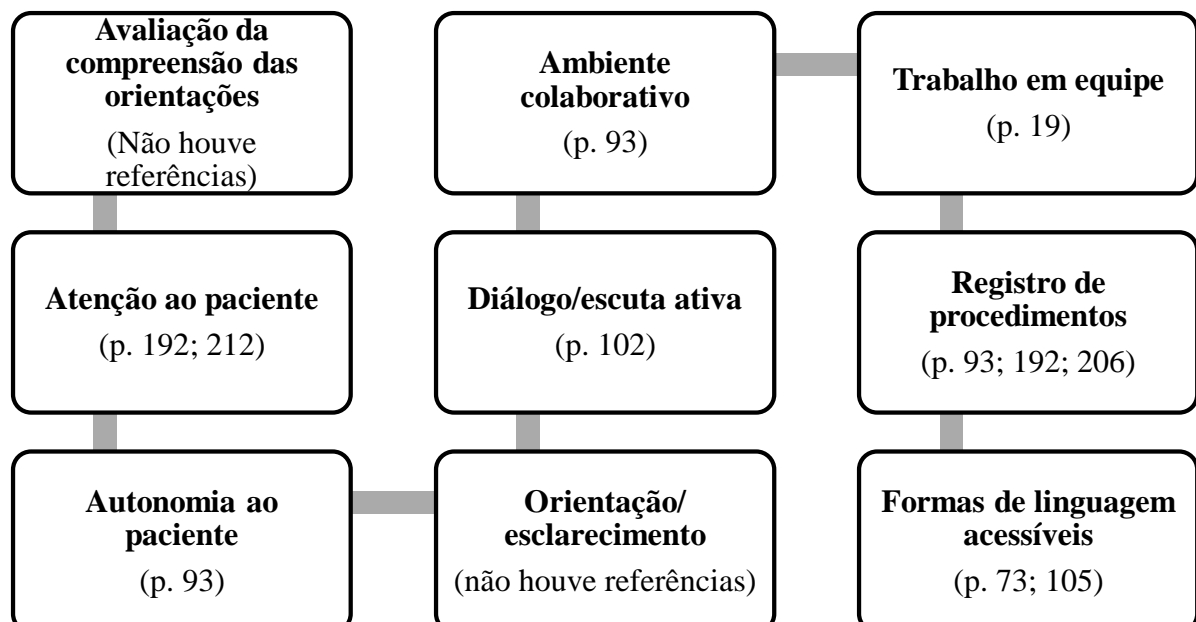
Habilidade de comunicação e colaboração aborda questões relacionadas ao Método Clínico Centrado na Pessoa e as habilidades de comunicação por meio da avaliação se o paciente, seus familiares e os membros da equipe compreenderam as orientações e recomendações orais ou escritas; da demonstração de atenção no atendimento do paciente; do estímulo e respeito a autonomia do paciente na construção do plano terapêutico, através do compartilhamento de decisões (PORTO, 2018).

Como também, da orientação e do esclarecimento do paciente, da família e da comunidade em todos os passos do processo de investigação diagnóstica e na indicação de medidas profilático-terapêuticas; da promoção do diálogo regido pela escuta ativa, evitando julgamentos e cerceamento de fala; da promoção de um ambiente colaborativo para o trabalho em equipe; do registro de procedimentos clínicos ou cirúrgicos de modo organizado e legível e da utilização formas de linguagem acessíveis, nas formas não-verbal, verbal e escrita, respeitosas e adequadas ao seu interlocutor (PORTO, 2018).

Quadro 10: Expressões do domínio habilidades de colaboração e comunicação identificadas no projeto pedagógico do curso de Medicina. Crato-CE, 2020.

Domínio habilidade de colaboração e comunicação	
Textos introdutórios	<p>“Essa preocupação com o relacionamento humano poderá trazer grande contribuição às relações interpessoais [...]”. (p.12);</p> <p>“[...] destaca-se como parceiro das pessoas em busca de saúde [...]”. (p.19);</p> <p>“Tem capacidade para trabalhar em equipe [...]”. (p.19);</p>
Ementário	<p>EMENTA DESENVOLVIMENTO PESSOAL II: PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO “Analisar os fatores envolvidos no processo de comunicação humana; compreender as falhas na comunicação humana; compreender outros aspectos envolvidos na comunicação humana [...]”. (p. 73);</p> <p>EMENTA ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DOS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS “[...] estabelecendo uma boa relação médico-paciente para a tomada de decisão [...]”. (p. 93);</p> <p>“Manipular e conhecer prontuário médico [...]”. (p. 93);</p> <p>EMENTA ASSISTÊNCIA BÁSICA A SAÚDE IV – SAÚDE COMUNITÁRIA “Conhecer os elementos essenciais para o estabelecimento do diálogo e da ação comunitária eficaz [...]”. (p. 102);</p> <p>DESENVOLVIMENTO PESSOAL 4 – PSICOLOGIA MÉDICA Compreender o processo da Relação Médico-Paciente; conhecer os conceitos relacionados a dinâmica de grupos [...] analisar os fatores envolvidos no processo da comunicação humana; compreender as falhas na comunicação humana; compreender outros aspectos envolvidos na comunicação humana como o contato, a carícia, a amamentação, a sexualidade, etc [...]”. (p. 105);</p> <p>PSIQUIATRIA “Estabelecer uma relação médica adequada com os pacientes e seus familiares [...]”. (p. 192);</p> <p>“[...] registrar adequada mente os dados obtidos nos prontuários dos pacientes [...]”. (p. 192);</p> <p>INTERNATO EM CINÍNICA MÉDICA “[...] preencher adequadamente o prontuário médico [...]” (p. 206);</p> <p>INTERNATO EM PEDIATRIA “[...] treinar a relação médico, paciente e família [...]”. (p. 212).</p>

Quadro 11. Checklist referente ao domínio habilidades de colaboração e comunicação. Crato-CE, 2020.



No *corpus* de dados do PPC referente ao domínio habilidades de colaboração e comunicação, verifica-se que os descritores avaliação da compreensão das orientações, orientação/esclarecimento, escuta ativa e formas de linguagem acessíveis estão interligados. Juntos buscam contemplar as habilidades de comunicação tão necessários na profissão médica, para que os objetivos de cada encontro com os pacientes sejam alcançados. No PPC os descritores não suficientemente contemplados e o primeiro não é referenciado.

A avaliação da compreensão das orientações repassadas pelos médicos aos pacientes é necessária para garantir que a conduta instituída será implementada adequadamente. Avaliar a compreensão exige analisar os fatores relacionados aos indivíduos, à terapia e aos profissionais. Os influenciadores dos indivíduos estão relacionados a escolaridade, a aceitação da doença e do tratamento e ao apoio familiar. Os aspectos relativos a farmacoterapia referem-se à indicação, frequência, nome e dose do medicamento, itens considerados essenciais para o uso seguro. As questões relacionadas aos profissionais relacionam-se a linguagem acessível a cada paciente (TAVARES et al., 2016).

Para o paciente seguir o tratamento prescrito, desde as mudanças no estilo de vida até o uso de medicações, é necessário que ele primeiro tenha a compreensão clara do seu diagnóstico e dos objetivos de seu tratamento, para que possa implementar as ações sugeridas pelo médico. Sem a realização de uma comunicação eficaz entre médico e paciente e sem a convicção de que houve o entendimento adequado por parte deste último de tudo que foi discutido durante a consulta, não é possível favorecer e incentivar a autonomia ao paciente, visto que sua segurança estará comprometida pois não terá o entendimento necessário para tomar decisões relacionadas as condutas sugeridas.

O estímulo e respeito a autonomia dos pacientes perpassam pela elaboração de planos de cuidado que considerem o consentimento e as condições socioculturais do paciente, a identificação e utilização dos recursos sociais disponíveis, articulando e promovendo, permanentemente, possíveis propostas de ações integradas para a melhoria constante da qualidade de saúde da população. É claro que, os achados das informações coletadas na história e nos exames clínicos, sua interpretação e organização para a formulação de hipóteses e dos problemas de saúde das pessoas também é relevante. Porém, de nada adiante construir excelentes planos terapêuticos, se o paciente não irá concretizá-lo (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

A atenção ao paciente por meio de uma escuta ativa e de um ambiente colaborativo possibilitam construir uma comunicação eficaz e a prática do cuidado integral que ganha materialidade, tanto em âmbito individual como nas atividades coletivas e que recorrem à

intersetorialidade como forma de buscar os sujeitos nas suas experiências de vida cotidiana no território e nas quais se define a compreensão do processo micropolítico em que o cuidado se dá (CARNUT, 2017).

A atenção ao paciente é alicerçada na saúde integral e centrada no indivíduo como um todo. Sendo assim, o desafio da educação médica é formar profissionais aptos a essa nova realidade de integralidade da atenção, atuantes em ações de prevenção e promoção da saúde, diagnóstico, tratamento, cura e reabilitação, comprometidos com todos os níveis da sociedade e que atendessem às demandas da mesma dentro do SUS. Para atingir este objetivo, é relevante a inserção do estudante, desde o início da sua formação, em atividades de integração ensino-serviço em um eixo longitudinal (CAMPEDELLI-LOPES; BICUDO; ANTÔNIO, 2016).

O paciente, quando busca uma consulta médica deseja que seu problema de saúde seja solucionado ou, em alguns casos, instituir medidas que evitem o adoecer ou ainda avaliar como está sua situação de saúde. Porém, o que lhe faz voltar a procurar o mesmo profissional é a atenção que recebeu deste. Por isso, o médico deve ser capaz de ouvir, de dialogar no mesmo nível do paciente e de dá significado aquele encontro.

Uma maneira de oferecer uma atenção ao paciente adequada é por meio da escuta ativa e do diálogo. A escuta ativa/diálogo é capaz de produzir responsabilização, vínculo e resolubilidade. Quando ela não acontece põe em risco tanto a segurança do profissional, uma vez que deixa-o mais susceptível a cometer erros e, conseqüentemente, a segurança do paciente (MARTINS et al., 2014). A escuta ativa/diálogo possibilita ainda a abertura de espaços de comunicação entre os membros a equipe e entre a equipe e os usuários, permitindo o conhecimento das necessidades locais e promoção de espaços para discussão. (DORICCI; GUANAES-LORENZI; PEREIRA |, 2016).

Deste modo, a prática da escuta ativa/diálogo incorpora aspectos da humanização, abre um novo campo de possibilidades para a melhoria da qualidade do atendimento e para a promoção de uma nova ordem relacional. A humanização no enfatiza, entre outros aspectos, as dimensões éticas do cuidado, das relações, bem como a importância da comunicação e do diálogo (DORICCI; GUANAES-LORENZI; PEREIRA |, 2016). Para que toda esta rede de atenção ao paciente, de escuta ativa e construção de um diálogo entre os envolvidos se concretize, é necessária a existência de um ambiente colaborativo.

A criação de um ambiente colaborativo produz mecanismos para a construção de relações interpessoais, possibilitando articular, deliberar e refletir sobre a colaboração entre as partes, aumentando a interação por intermédio dos diálogos e conhecimentos mútuos,

permitindo que as diferentes visões e expectativas da relação alcancem congruência e reduzindo o impacto de julgamentos errôneos sobre os colegas (ANDRADE; BOEHS; BOEHS, 2015).

A colaboração interprofissional é fundamental para ampliar a resolubilidade e a qualidade da atenção à Saúde. A colaboração se torna possível a partir da confiança de uns nos outros, reduzindo as incertezas e garantindo o aumento das competências e responsabilidades no ambiente de trabalho (ARRUDA et al., 2018). Colaborar, apoiar, corrigir quando necessário é o tripé que sustenta o trabalho em equipe, indispensável na Saúde da Família.

O trabalho em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser, refletidas e superadas em parceria. A formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo. O trabalho em equipe se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. Para que haja sucesso nas ações da equipe é necessário haver uma divisão clara das atribuições de cada um dos profissionais, mas sem prejuízo dos processos de cuidado compartilhado (REIS, 2019).

Trabalhar em equipe não fácil, muitas vezes, exige resiliência, requer a capacidade de construir um plano de trabalho conjunto que agrade a todos, trabalhar com profissionais comprometidos e outros não, mas, ao mesmo tempo, a companhia, a ajuda e o incentivo mútuo entre a equipe é a força que impulsiona a continuidade do trabalho. Para que o relacionamento entre a equipe nasça, cresça e permaneça o fundamental é a habilidades de colaboração e comunicação.

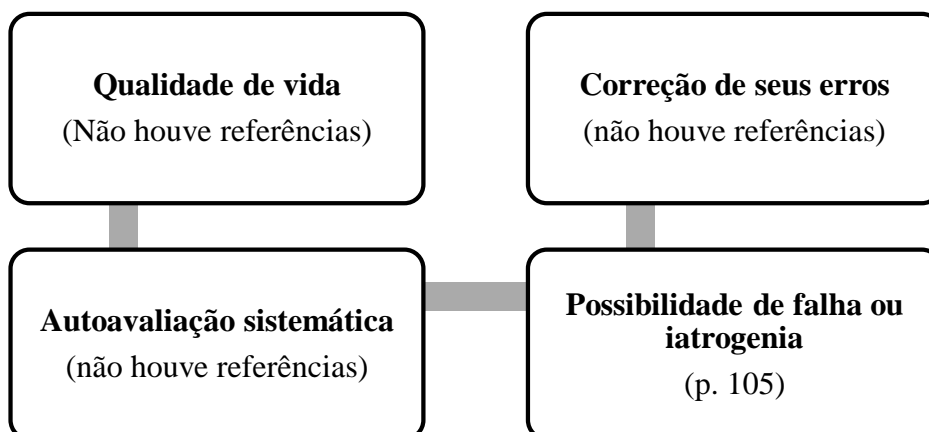
6. Domínio prática reflexiva e autoconhecimento

Prática reflexiva e autoconhecimento é à necessidade primeira de autocuidado para obter condições de cuidar do outro e, se expressa, com o prezar pelo médico de sua qualidade de vida. É também realizar auto avaliação sistemática através da reflexão sobre seus atos e sentimentos. É ainda reconhecer a possibilidade de falha ou iatrogenia das suas condutas, mitigar suas consequências e corrigir seus erros (PORTO, 2018).

Quadro 12. Expressões do domínio prática reflexiva e autoconhecimento identificadas no projeto pedagógico do curso de Medicina. Crato-CE, 2020.

Domínio prática reflexiva e autoconhecimento	
Textos introdutórios	Não houve referências
Ementário	<u>EMENTA DESENVOLVIMENTO PESSOAL 4 – PSICOLOGIA MÉDICA</u> “[...] discutir sobre o erro médico e iatrogenias [...] discutir sobre as diversas situações em que o profissional possa ser julgado perante o Conselho Federal de Medicina [...]”. (p. 105);

Quadro 13. Checklist referente ao domínio prática reflexiva e autoconhecimento. Crato-CE, 2020.



No *corpus* de dados do PPC relacionados ao domínio prática reflexiva e autoconhecimento, averigua-se que os descritores qualidade de vida e auto avaliação sistemática não foram contemplados no documento, nem tão pouco tem associação com outros descritores que pudessem atender suas considerações. Os descritores possibilidade de falha ou iatrogenia e correção dos erros, buscam, juntos amparar as fundamentações para a expressividade do domínio, mas, sem êxito. Além disso, nenhuma disciplina da fase profissionalizante do curso contempla o domínio. Assim, no PPC os descritores não são suficientemente contemplados e três não são, se quer, referenciados.

A qualidade de vida do médico é indispensável para que o profissional esteja apto a oferecer um serviço de qualidade aos pacientes. Qualidade de vida é definida como uma percepção individual de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Em se

tratando dos profissionais da área médica, existe a redução do limiar de qualidade de vida, uma vez que, alguns deles, vivem no limite da exaustão e sempre prontos para alguma ocorrência, havendo prejuízo no sono, alterações da estrutura psicológica, na autoestima e no desempenho profissional. Muitas vezes, ainda perdem o prazer de exercer a profissão e promovem a banalização da arte de ser médico (SANCHEZ et al., 2018).

Já a Qualidade de vida no trabalho relaciona-se a aspectos físicos, ambientais e psicológicos do ambiente de trabalho, além de receber uma compensação adequada e justa pelo o trabalho desempenhado, ocorrendo em um processo de relacionamento apoiado no respeito. Ter saúde, ter trabalho e ter uma família são dimensões importantes para todos os trabalhadores, haja vista que correspondem à proteção e à sobrevivência humana (DIAS et al., 2016).

O profissional médico convive diariamente com problemas que, podem ou não, ter uma solução e que, está solução está depositada em suas mãos, muitas vezes, como sendo o último fio de esperança. Assim, coexiste com uma pressão psicológica e física imensuráveis, exige que em sua rotina diária as dimensões humano-afetivas, sociais e espirituais sejam articuladas com uma alimentação saudável e prática de atividade física, para que a qualidade de vida seja mantida. Do contrário, é bem possível, que o médico entre em um quadro de estafa, tornando-se paciente.

O esgotamento profissional em inglês *Burnout*, refere-se a situações de gradual desgaste emocional, perda de motivação e reduzido comprometimento com no trabalho. Em 1976, Maslach, desenvolveu uma conceituação formal do esgotamento profissional, com a designação da *Síndrome de Burnout* para os quadros caracterizados por esgotamento emocional, cognitivo, comportamental e social, relacionando-se com a saúde geral e a qualidade de vida daqueles que sofrem desta síndrome (MARTINS et al., 2014).

Para evitar este colapso pessoal e profissional é significativo que o médico realize, rotineiramente, sua auto avaliação sistemática. Por autoavaliação sistemática profissional entende-se a reflexão de seus atos e sentimentos. Os atos referem-se a adesão a uma lógica de responsabilização pela melhoria contínua da qualidade em função de metas e padrões de desempenho e a assunção de um compromisso formal e explícito com a avaliação dos resultados assistenciais obtidos. Já os sentimentos dizem respeito a satisfação, completude e felicidade com o trabalho (RAPOSO, 2018).

Silenciar para refletir a avaliar a si mesmo é uma tarefa difícil. Primeiro porque silenciar diante da agitação e velocidade do dia-a-dia contemporâneo é, geralmente, a última tarefa do dia e que, na maioria das vezes, não é realizado sob a justificativa de que não houve tempo para esta tarefa. Segundo porque quando a fazemos, existe uma tendência intrínseca do ser humano

a minimizar as falhas cometidas o que dificulta as correções. Auto avaliar-se sistematicamente ou periodicamente para ser factível é necessário torna-la um hábito, se possível diário ou no mínimo semanal. O ser humano e o profissional que não se auto avalia está mais propenso a cometer erros. Na área médica, comumente denominada erro médico ou iatrogenia.

O erro é indissociável do ser humano, contudo, quando as ações são realizadas com atenção, cuidado e diligência, ele pode ser evitado. Na atividade médica, o erro é um risco inerente e, por isso, compõe o ato médico. Na apreciação do erro médico, deve-se considerar o processo deste errar. Há uma linha delicada entre a conduta médica e o risco intrínseco que ela carrega. Por isso, o erro médico é passível de punição quando há falhas relativas aos deveres de humanidade e nas falhas de natureza técnica caracterizando que o médico agiu com negligência, imperícia ou imprudência, provocando dano à integridade psicofísica da pessoa (BORGES, 2018).

Já a Iatrogenia refere-se a qualquer alteração ou dano induzido pelo médico ao paciente, quando, por exemplo, solicita exames desnecessários. O termo deriva do grego iatros = médico e genesis = produzir. Porém, a iatrogenia pode ser legitimada em casos que a lesão é prevista e esperada, consequente de procedimento necessário ao tratamento, ou iatrogenia decorrente de fatores individuais do paciente que se materializam em lesões previsíveis decorrentes da reação do organismo do enfermo, previamente informadas a ele e a iatrogenia decorrente da omissão do paciente quando à existência de condições orgânicas desfavoráveis (ARAUJO et al., 2017).

Tanto o erro médico como a iatrogenia podem ser passíveis de punição. Por isso, para tentar evitá-los é necessária uma formação alicerçada em competências próprias da profissão, habilidades que se adquirem no período de estágio, mas, sobretudo, com os anos de profissão e atitudes de acolhimento, escuta, diálogo e empatia pelo outro. Porém, se mesmo com esta conduta, os erros ou iatrogenias encontrarem o médico no evoluir de sua atividade profissional, uma maneira eficaz de iniciar o processo de correção é reconhecendo o erro.

É raro o profissional reconhecer sua falha, as vezes por orgulho ou soberba, mas, na maioria das vezes, pelo receio de punição jurídica. É preciso ter ciência que a relação médico-paciente passou a ser entendida como uma prestação de serviço, após a criação do Código de Defesa do Consumidor. Contudo, para o Código de Ética Médica a relação médico-paciente não caracteriza como uma relação de consumo, mas a jurisprudência considera os ditames do Código de Defesa do Consumidor (NASCIMENTO et al., 2020). Porém, algumas vezes, agir com humildade, pedindo desculpas pelo erro, reparando-os quando possível e mantendo uma relação de sinceridade com o paciente é a maneira mais eficaz para solucionar estes dilemas.

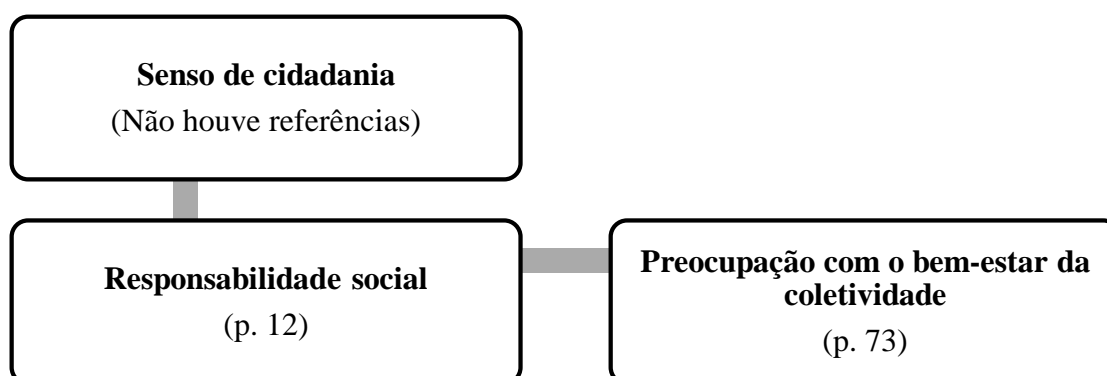
7. Domínio responsabilidade social

Responsabilidade social é atuar com senso de cidadania e responsabilidade social, demonstrando preocupação com o bem-estar da coletividade (PORTO, 2018).

Quadro 14. Expressões do domínio responsabilidade social identificadas no projeto pedagógico do curso de Medicina. Crato-CE, 2020.

Domínio prática reflexiva e autoconhecimento	
Textos introdutórios	<p>“[...] num processo de valorização não apenas do conhecimento científico, mas também de [...] sua responsabilidade social e pessoal [...]”. (p.12);</p> <p>[...] discutir sobre as diversas situações da vida no contexto da organização familiar; discutir a realidade das famílias de baixa renda da cidade de Barbalha, tanto na zona urbana como na zona rural [...]”. (p. 73);</p>
Ementário	Não houve referências

Quadro 15. Checklist referente ao domínio responsabilidade social. Crato-CE, 2020.



No *corpus* de dados do PPC referente ao domínio responsabilidade social, nenhuma disciplina trata do assunto, apenas em frases dos textos introdutórios existem vagas citações. Identifica-se que os descritores estão inter-relacionados, pois a partir do senso de cidadania individual, incentiva-se a responsabilidade social no profissional, que passa a apresentar uma preocupação com o bem-estar coletivo. Entretanto, nenhum dos descritores foram contemplados com suficiência no documento e em nenhuma disciplina os descritores do domínio são citados. Assim, mesmo em associação, o domínio não é suficientemente explorado.

Garantir a produção de cidadania no cuidado em saúde abrange a individualidade dos sujeitos e a interação do usuário com o profissional, mantendo a observação constante aos determinantes sociais em saúde e incentivando a criação de planos, políticas e programas nas

áreas de gestão, educação e assistência, voltadas para a redução das desigualdades (AZEVEDO et al., 2020).

Imbuir o futuro profissional com o senso de cidadania torna-o capaz de lutar pelos direitos de seus pacientes. Direitos que muitas vezes são extraídos do doente no momento que mais necessitam. Cabe ao médico ser uma fonte para orientar, as vezes ensinar e, na maioria dos casos, ser o canal que leva o paciente a usufruir do que já é seu por direito.

Nasce deste senso de cidadania, um sentimento de responsabilidade social, que se refere à percepção de busca por justiça social, voltadas para abordar as preocupações prioritárias de saúde da comunidade. Assim, as escolas médicas, devem dar uma contribuição explícita ao sistema de saúde, demonstrando, que os médicos formados têm efeitos positivos nos indicadores de saúde de suas comunidades.

Para agir com responsabilidade social é necessário antecipar as necessidades sociais de saúde; estabelecer parcerias com gestores e demais atores dos sistemas de saúde; adaptar as definições em evolução dos médicos e demais profissionais da saúde; promover a educação baseada em resultados; criar uma governança responsiva e responsável na escola médica; rever o escopo de diretrizes para o ensino, pesquisa e extensão; apoiar a melhoria da qualidade do ensino, pesquisa e serviços de saúde; estabelecer mecanismos de acreditação; equilibrar princípios globais com o contexto local; definir o papel da sociedade (OLIVEIRA; SANTOS, SHIMIZU, 2020). É papel do médico exercer sua função com responsabilidade social e lutar pela qualidade de vida dos indivíduos, suas famílias e comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação dos domínios do profissionalismo médico expressos no projeto pedagógico analisado possibilitou verificar uma flutuação na expressividade desses domínios, suscitando uma possível fragilidade na formação dos estudantes quanto a abordagem desta competência profissional nos cenários de ensino-aprendizagem. Estes achados sinalizam a necessidade de reavaliação do PPC, a fim de incluir esta competência ao perfil de egresso que se pretende formar.

Destaca-se a importância de estudos sobre o profissionalismo médico e seus domínios nos cursos de graduação, para que estes conteúdos sejam propostos nas estratégias de ensino-aprendizagem efetivamente inseridas na formação em medicina.

Nesse sentido, deseja-se que este estudo possa produzir reflexões no campo da formação médica, de modo a contribuir para estimular a abordagem desta competência complexa e abrangente, que favorece a aquisição de atributos necessários à profissão médica qualificada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. R.; BOEHS, A. E.; BOEHS, C. G. E. Percepções de enfermeiros docentes e assistenciais sobre a parceria ensino-serviço em unidades básicas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 537-547. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300537>.

ARAUJO, A. T. M.; BARBOSA, A. S. Dano iatrogênico e erro médico: o delineamento dos parâmetros para aferição da responsabilidade. **Revista Thesis Juris**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 186-209. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/thesisjuris/article/view/9035>>.

ARRUDA, G. M. M. S. et al. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 1, p. 1309-1323. 2018. Disponível em: <<https://interface.org.br/publicacoes/o-desenvolvimento-da-colaboracao-interprofissional-em-diferentes-contextos-de-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia>>.

AZEVEDO, S. R. et al. Percepção de enfermeiros acerca da demanda social à luz do princípio da integralidade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Feira de Santana, v. 33, n. 1, p. 1-10. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/10308>>.

BATISTA, N. A.; LESSA, S. S. Aprendizagem da Empatia na Relação Médico-Paciente: um olhar qualitativo entre estudantes do internato de escolas médicas do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 43, n. 11, p. 349-356. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500349>.

BISCARDE, D. G. S.; PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 48, p. 177-186. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/4KKBh3jXwd5dLSS4NYwFk3z/?lang=pt&format=pdf>>.

BORGES, G. S. Entre a falibilidade humana e o erro: proposta de delimitação e classificação do erro médico. **Revista Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 1963-1983. 2018.

Disponível em:
<<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/29549>>.

BRASIL. Resolução nº CNE/CES 3/2014, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Seção pt, 1, v. 116, n. 96, p. 3. 2017. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf>.

CAMPEDELLI-LOPES, A.; BICUDO, A. M.; ANTÔNIO, M. R. G. M. A. Evolução do interesse do estudante de Medicina a respeito da atenção primária no decorrer da graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 621-626. 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000400621&script=sci_arttext. Acesso em: 1 jan. 2018>.

CARNEIRO, M. A. et al. O profissionalismo e suas formas de avaliação em estudantes de Medicina: uma revisão integrativa. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu. v. 24, p. 5-15. 2020. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/icse/a/fSVQGwK6mSKjGLyRzRXxTWH/?lang=pt>>.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Recife, v. 41, n. 115, p. 1177-1186. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401177>.

CHEHUEN NETO, J. A. et al. Reforma curricular e intenção profissional de especialização médica. **Revista Bioética**, Juiz de Fora, v. 27, n. 4, p. 630-642. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422019000400630&script=sci_arttext>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM Nº 2.217/2018: aprova o código de ética médica. Aprova o Código de Ética Médica. 2018. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>>.

BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 8, n. 26, p. 216-222. 2016. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/2152>. Acesso em: 1 jan. 2020>.

DIAS, E. G. et al. Calidad de vida en el trabajo de los profesionales de salud de una Unidad Básica de salud. **Revista Cubana de Enfermería**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 1-14. 2016. Disponível em: <www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/rt/printerFriendly/1075/220>.

DIAS, L. R. et al. A importância da anamnese na formação do acadêmico de medicina. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, Mineiros, v. 5, p. 1094-1098. 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/1094>>.

DORICCI, G. C.; GUANAES-LORENZI, C.; PEREIRA, M. J. B. Programa Articuladores da Atenção Básica: construindo humanização através do diálogo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 1271-1292. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312016000401271&script=sci_abstract&tlng=pt>.

DOURADO, J. V. L. et al. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Revista Bioética**, Fortaleza, v. 28, n. 2, p. 356-364. 2020. <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422020000200356&script=sci_arttext>.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 847-852. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000300847>.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1421-1428. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000800015&script=sci_arttext>.

FILLUS, I. C.; RODRIGUES, C. F. A. Conhecimento sobre ética e bioética dos estudantes de medicina. **Revista Bioética**, Pato Branco, v. 27, n. 3, p. 482-489. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422019000300482&tlng=pt>.

FLORÊNCIO, N.; TRINDADE, C.; SANTIAGO, T. Raciocínio médico na consulta com doente e acompanhante: reflexão a propósito dum caso clínico. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa Norte, v. 35, n. 6, p. 501-507. 2019. Disponível em: <<https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12237/0>>.

FRANCO, C. A. G. S.; CUBAS, M. R.; FRANCO, R. S. Currículo de Medicina e as Competências Propostas pelas Diretrizes Curriculares. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Paraná, v. 2, n. 38, p. 221-230. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010055022014000200009&script=sci_abstract&tlng=pt>.

FURLANETTO, D. L. C. et al. Reflections on the conceptual basis of the National Curriculum Guidelines for the health degree courses. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 2, n. 25, p. 193-202. 2014. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-36894>>.

GRANJA, M.; OUTEIRINHO, C. Registo médico orientado por problemas em medicina geral e familiar: atualização necessária. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Porto, v. 34, n. 1, p. 40-44. 2018. Disponível em: <<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12362>>.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; MORAIS, S. C. R. V. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, p. 455-460. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/YPh45HjF5h6Vv67xQbfLyJ/?format=pdf&lang=pt>>.

JUSTINO, A. L. A.; OLIVER, L. L.; MELO, T. P. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1471-1480. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000501471&script=sci_abstract&tlng=pt>.

LIMA, S. M. F. S. et al. Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre sigilo médico. **Revista Bioética**, Salvador, v. 28, n. 1, p. 98-110. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422020000100098>.

MARTINS, L. F. et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4739-4750. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204739. Acesso em: 1 jan. 2002>.

MARTINS, A. C. T. et al. O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 24, n. 6, p. 2095-2103. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204739>.

MOTA, J. C.; VÉRAS, R. M. Eixo ético-humanístico da Faculdade de Medicina da Bahia: percepção dos estudantes. **Revista Bioética**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 319-331. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422020000200319&tlng=pt>.

NASCIMENTO, A. C. B. C. et al. Erro médico e prevenção de ações judiciais: análise dos deveres anexos na relação médico-paciente para além da assistência técnica. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8717-8731. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13511>>.

NOVAES, H. M. D. et al. Pós-Graduação senso estrito em Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 2017-2025. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000602017&script=sci_abstract&tlng=pt>.

OLIVEIRA, F. P.; SANTOS, L. M. P.; SHIMIZU, H. E. Responsabilidade Social das Escolas Médicas e Representações Sociais dos Estudantes de Medicina no Contexto do Programa Mais Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, João Pessoa, v. 43, n. 11, p. 462-472. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500462&tlng=pt>.

OLIVEIRA, N. M. F. et al. Conhecimento de Alunos de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará sobre a Residência Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belém, v. 43, n. 1, p. 32-38. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000100032>

PAZINATTO, M. M. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. **Revista Bioética**, Jundiaí, v. 27, n. 2, p. 234-243. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/bioet/v27n2/1983-8042-bioet-27-02-0234.pdf>>.

PEIXOTO, J. M.; SANTOS, S. M. E.; FARIA, R. M. D. Processos de Desenvolvimento do Raciocínio Clínico em Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belo Horizonte, v. 42, n. 1, p. 75-83. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022018000100075&script=sci_abstract&tlng=pt>

PORTO, M. M. A. Construção de uma matriz de competências para profissionalismo médico no Brasil. 2018. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2018.

PRICINOTE, S. C. M. N. et al. Percepção Discente sobre o Ambiente Educacional da Disciplina de Semiologia Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 1-6. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000100210>.

RANDALL, V. F. et al. Defining Medical Professionalism Across the Years of Training and Experience at the Uniformed Services University of the Health Sciences. **Military Medicine**, v. 181, n. 10, p. 1294-1299. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27753566/>>.

RAPOSO, H. As implicações dos indicadores de desempenho contratualizados na prática clínica da Medicina Geral e Familiar: um modelo profissional em mutação?. **Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Porto, v. 35, p. 63-83. 2018. Disponível em: <<https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/17488>>.

REIS, J. G. et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3457-3462. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903457>.

ROCHA, M. A. M.; BARATA, R. S.; BRAZ, L. C. O bem-estar de pacientes renais crônicos durante o tratamento com hemodiálise e diálise peritoneal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Salvador, v. 21, n. 670, p. 1-7. 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/670>>.

SANCHEZ, H. M. et al. Avaliação da qualidade de vida de médicos clínicos e cirurgiões. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Rio Verde, v. 31, n. 3, p. 1-9. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7582>>.

SILVA, E. O. C.; HIGA, E. F. R. Os determinantes sociais da saúde na educação médica. **Investigación Cualitativa En Educación**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 437-446. 2018. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1669/1621>>.

SOBRAL, I. L. L. et al. Primary health care professionals' knowledge of health promotion competencies Conocimiento de los profesionales de la atención básica sobre las competencias de la promoción de la salud. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 2, n. 31, p. 1-7. 2018. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/408/40855558008/html/index.html>>.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>.

TAVARES, N. U. L. et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, Brasília, v. 50, n. 2, p. 1-11. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.pdf>.

TÁVORA, L. G. F. et al. Características de um Professor Exemplar: percepções de estudantes e professores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Fortaleza, v. 44, n. 3, p. 1-7. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022020000300203&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

WESTPHAL, G. A.; RAMOS, J. Shared decision-making in the context of COVID-19. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Joinville, v. 32, n. 2, p. 200-202. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2020000200200&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

XAVIER, N. F. et al. PET-SAÚDE: o impacto do programa na formação do profissional médico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Belém, v. 22, n. 1, p. 37-44. 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-881493>>.

CAPÍTULO 2

UNIVERSO SEMÂNTICO ATRIBUÍDO POR ESTUDANTES DO INTERNATO DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE PROFISSIONALISMO MÉDICO

RESUMO

Objetivo: reconhecer o universo semântico elaborado por internos de medicina sobre profissionalismo médico. **Método:** estudo quantitativo e descritivo, realizado com os graduandos do internato em Saúde da Família de uma instituição pública de ensino superior do estado do Ceará. Participaram 55 graduandos, que responderam à aplicação da Técnica de Associação Livre de Palavras, mediante o estímulo indutor “profissionalismo médico”. Os dados foram processados pelo software IRaMuTeQ e realizadas a análise prototípica e análise de similitude, que foram interpretadas com apoio da literatura revisada. **Resultados:** na análise prototípica, a palavra “ética” foi a mais evocada para representar o conceito de profissionalismo médico (f=39; OME=2,1), compondo o núcleo central das evocações. Na percepção dos graduandos, para desenvolver profissionalismo médico é preciso empreender as ações com “ética”, aliada a “empatia”(f=21; OME=2,4) e ao fazer profissional com “responsabilidade”(f=17; OME=2,3) na atuação médica na Estratégia Saúde da Família. Na análise de similitude, verificou-se que os formandos compreendem que para desenvolver o profissionalismo médico é importante buscar por “ética” atrelada à “humanização”, “paciência”, “amor”, “respeito” e outras “competências” através de buscas por novos “conhecimentos” para aperfeiçoamento profissional. Uma parcela dos graduandos referiu-se ao profissionalismo médico como uma competência, mas sem detalhar qual seria sua composição. **Considerações finais:** o reconhecimento do universo semântico dos estudantes sobre profissionalismo médico clarifica que a ética é a expressão mais presente nesta representação. A totalidade da compreensão quanto ao significado de profissionalismo médico entre os discentes é incompleta, elucidando a necessidade de estimular, precocemente, esta competência na formação dos graduandos.

Palavras-Chaves: profissionalismo, internato e estratégia saúde da família

Keywords: professionalism, internship and family health strategy

INTRODUÇÃO

A educação médica no Brasil adequa-se conforme o tempo às necessidades da população, resultando, na contemporaneidade, com o anseio de um profissional ético, reflexivo, tecnicamente preparado e humanista. A inclusão do médico na equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família exige que este profissional esteja próximo da realidade social que o cerca, demandando uma formação médica diferenciada (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018). Para concretizar esta aspiração é necessário ressignificar a formação médica tradicional e implementar a formação por competências.

Para Perrenoud (2000), competência é a capacidade de empregar diversos meios que integram e orquestram recursos referentes a conhecimentos, habilidades e atitudes para enfrentar diversos tipos de situações. A mobilização de competências sofre variação, dependendo da situação em que será empregada.

Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, competência é compreendida como “a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis; é também a capacidade de ter iniciativas e ações que traduzam desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentem à prática profissional em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica” (BRASIL, 2014). Na formação médica, uma destas competências é o profissionalismo médico.

O profissionalismo existe em todas as profissões e deve se manifestar em todos os profissionais. Profissionalismo é entendido como maneira peculiar, como se avalia objetivamente a conduta de um profissional e, subjetivamente, como alguém planeja sua conduta em função de sua condição de agente de uma profissão, um profissional. A primeira característica do profissionalismo é que é um trabalho social, um labor cuja importância é socialmente reconhecida e, por isto, é instituído em lei. Lei que reconhece uma área do mercado de trabalho como prerrogativa exclusiva dos agentes daquela profissão. O segundo traço do profissionalismo é o senso de dever. O profissional dotado de profissionalismo se obriga com a busca permanente da excelência. O profissional tem o dever de saber fazer o que faz e de fazer bem feito. O profissionalismo não deve ser confundido com o tecnicismo. Em sua origem histórica, o profissionalismo (principalmente o profissionalismo médico) se despreendeu das atividades técnicas por causa do humanismo que deve estar presente em todas as profissões (MIRANDA-SÁ Jr, 2013).

Para Swick (2000), o compromisso dos médicos para com o profissionalismo no exercício da medicina exige do médico a síntese do saber e do fazer, do técnico com o humano,

da conduta científica com a responsabilidade social. Desta maneira, deve se obrigar a sintetizar as capacidades, as atitudes e os valores com os quais o médico, agente profissional da medicina, demonstra ser merecedor da confiança que o paciente e a comunidade depositam nele mediante a certeza de que colocará sempre a busca do bem-estar dos seus pacientes e o interesse da comunidade como objetivos prioritários de sua conduta.

Diante dos desafios para se implementar o novo modelo de formação médica, o profissionalismo médico, devido sua amplitude, se apresenta como fundamental nesta reformulação formativa, já que os graduandos têm em uma mesma competência a possibilidade de adquirirem atributos médicos diversificados. Atributos estes, indispensáveis para atuação em qualquer nível assistencial: primário, secundário ou terciário.

Na atenção primária a saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe um novo modelo assistencial para o SUS, centrado na promoção da saúde, na prevenção e no cuidado longitudinal, esteja o usuário ou não, vivenciando um momento convalescente. Assim como na mudança da ênfase individual para a coletiva, e da ação curativa e reabilitadora para a promotora da saúde, é necessário que o médico seja dotado de profissionalismo para ser capaz de empreender todas as funções da APS. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

É claro que não basta o médico possuir apenas da competência profissionalismo médico. Entretanto, compreender a existência desta competência e se apropriar dela pode contribuir para o aperfeiçoamento profissional e para uma atuação que busca, a todo momento, exercer a atividade laboral com compromisso e excelência.

Com este intuito, é preciso que a graduação médica contemple uma formação apoiada nas competências médicas, dentre elas o profissionalismo, para formar egressos com perfil generalistas, humanistas e reflexivos. Então precisamos questionar: as escolas médicas estão prontas para liberar profissionais com este perfil? Será que, depois de quase 10 anos das DCNs, avançamos de maneira satisfatória na formação das futuras gerações médicas aptas a atender às necessidades de saúde da população? Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi reconhecer o universo semântico sobre profissionalismo médico atribuído pelos alunos do internato médico em Saúde da Família.

MÉTODO

Estudo de natureza quantitativa com abordagem descritiva, desenvolvido nos meses de abril e maio de 2020, com 55 graduandos do internato médico em Saúde da Família de um curso de medicina vinculado à uma instituição de ensino superior situada ao sul do estado do Ceará.

Para a coleta de dados foi aplicada a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). A TALP atua sobre a condição psicológica dos indivíduos por meio de estímulos indutores e ao responder às induções, pode manifestar os aspectos de personalidade, compreensões ou representações do participante acerca do indutor (TAVARES et al., 2014; COUTINHO; BÚ, 2017). Em linhas gerais, a técnica pode consistir em “apontar um termo indutor para o qual o sujeito deverá responder escrevendo a primeira palavra que lhe vier à mente” (VIEIRA, 2019 p. 271).

Neste estudo, a TALP foi aplicada por meio da Plataforma *Google Forms*. O *Google Forms* possibilita a criação de questionários *online* com perguntas abertas e/ou fechadas por meio de um endereço eletrônico enviado para o participante, sendo de fácil acesso e preenchimento (FREI, 2017). Ao finalizar o preenchimento do questionário, as respostas são encaminhadas para a página do *Google Forms* do pesquisador, sendo agrupadas em uma planilha e resumidas também em representações gráficas, configurando uma ferramenta muito útil para a coleta e análise de dados estatísticos (OLIVEIRA; JACINSKI, 2017).

“Profissionalismo médico” foi a expressão utilizada como estímulo indutor, para a qual cada participante deveria evocar as cinco primeiras palavras que viessem à mente, e em seguida atribuir a cada uma delas uma ordem de importância.

Os dados provenientes da TALP foram analisados com o auxílio do *software* IRaMuTeQ (Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), versão 0.7 alpha 2. Ancorado no *software* R e na linguagem de programação *python*, o IRaMuTeQ apresenta várias possibilidades de processamento de dados qualitativos e permite diferentes formas de análises estatísticas de textos e de questionários (KAMI et al., 2016), sendo a análise prototípica e a de similitude as selecionadas no contexto desta pesquisa.

A análise prototípica corresponde ao cálculo de frequências e ordens de evocação das palavras (WACHELKE; WOLTER, 2011). Neste estudo, as palavras foram organizadas por frequência e ordem de evocação atribuída pelos participantes, possibilitando a visualização destas evocações em quatro zonas, sendo uma central, duas periféricas e uma contendo elementos de contraste.

Neste diagrama, o quadrante superior esquerdo (QSE), denominado zona do núcleo, apresenta as evocações de maior frequência e de menor ordem média de evocação (OME), ou seja, que vieram rapidamente à mente e foram citadas muitas vezes, indicando o provável núcleo central. No quadrante superior direito (QSD) estão os termos com alta frequência, porém maior OME, podendo contribuir no fortalecimento dos elementos do núcleo central, sendo denominado de primeira periferia. Em contrapartida, o quadrante inferior esquerdo (QIE)

possui conteúdos com baixa frequência e menor OME, denominado de zona de contraste, em que, às vezes, pode surgir um subgrupo representacional. Por fim, o quadrante inferior direito (QID) é constituído pelos termos menos evocados e de maior ordem média, sendo os de menor importância para a representatividade, denominado de segunda periferia (SANTOS et al., 2017).

De forma a complementar a compreensão dos achados apresentados na análise prototípica, a análise de similitude possibilita identificar as co-ocorrências e a conexão entre as palavras evocadas, favorecendo a identificação global da estrutura da representação e, assim, pode-se confirmar a centralidade dos elementos verificados na estrutura de quadrantes (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Os dados da análise prototípica foram apresentados sob a forma de diagrama de quatro zonas, enquanto que os da análise de similitude foram ilustrados sob o formato de árvore máxima, sendo interpretados à luz do referencial teórico-metodológico da Matriz de Competências para o Profissionalismo Médico no Brasil de Porto (2018).

A pesquisa faz parte de um estudo de maior abrangência intitulado “Estudos sobre Promoção da Saúde nos Ambientes Educacional e de Trabalho” e apresenta Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com número 2.005.435, a fim de cumprir as exigências formais da legislação que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, participaram 55 alunos do curso de Medicina que, no período da coleta de dados, já haviam finalizado o estágio em Saúde da Família. Como mostram os dados da tabela abaixo.

Tabela 1. Informações sociodemográficas expressas pelos estudantes do curso de Medicina. Crato-CE, 2020.

Informações sociodemográficas			
Sexo	Masculino n=30; 54,5%		Feminino n=25; 45,5%
Faixa etária	20 e 25 anos 69,1% n=38	26 e 30 anos 21,8% n=12	31 e 40 anos 9,1% n=5
Naturalidade	Fortaleza - CE 29% n=16	Crato - CE 10,9% n=6	Iguatu - CE 7,2% n=4
	Juazeiro do Norte-CE 7,2% n=4	Brejo Santo - CE 3,6% n=2	Barbalha - CE 1,8% n=1
	Missão Velha - CE 1,8% n=1	Campos Sales - CE 1,8% n=1	Jardim - CE 1,8% n=1
	Milagres - CE 1,8% n=1	Várzea alegre - CE 1,8% n=1	São Benedito - CE 1,8% n=1

	Itamaraju-BA 1,8% n=1	Salgueiro-PE 1,8% n=1	Serrita-PE 1,8% n=1
	Picos-PI 1,8% n=1	São José de Piranhas-PB 1,8% n=1	Pernambuco 1,8% n=1
	São Paulo - SP 3,6% n=2	Taguatinga - DF 1,8% n=1	Anápolis - GO 1,8% n=1
	Palmas - TO 1,8% n=1	Limeira - SP 1,8% n=1	São Bernardo do Campo - SP 1,8% n=1
	Taubaté - SP 1,8% n=1	Nova Era - MG 1,8% n=1	Taquaraçu - MG 1,8% n=1
Domicílio	Barbalha - CE 38,2% n=21	Juazeiro do Norte - CE 38,2% n=21	Crato - CE 14,5% n=8 Outros municípios 9,1% n=5
Renda mensal	Entre 1 e 4 salários 40% n=22		Mais de 4 salários 60% n=33
Cor	Branca 47,3% n=26	Preta 1,8% n=1	Parda 50,9% n=28
Estado civil	Casado (a) 9,1% n=5		Solteiro (a) 90,9% n=50
Semestre em curso	1º ano do internato 30,9% n=17		2º ano do internato 69,1 n=38
Religião	Católico 76,4% n=42	Evangélico 5,5 n=3	Espírita 5,5 n=3 Sem religião 12,7 n=7

Em relação ao sexo existe uma predominância do sexo masculino e no que se refere a faixa etária, os alunos são em sua maioria adultos jovens. Já a existência de estudantes de outros estados tão distantes de Barbalha, Ceará, onde está situado o curso pesquisado, possivelmente deve-se ao fato de que a pontuação obtida por estes alunos no Sistema de Seleção Unificada (SISU) oferecia a oportunidade de cursar medicina na IES investigada, situação decorrente da oferta de um sistema de seleção único no país, que tem a adesão de várias instituições de ensino superior. Devido à elevada concorrência, ingressar no curso de Medicina é significativamente difícil. Por isso, as lutas para a realização da profissionalização nessa área já se iniciam com a necessidade de deixar para trás a comodidade e o aconchego da família.

É provável que a maioria dos discentes optou por residir em Juazeiro do Norte e Barbalha por serem, respectivamente, a cidade mais próxima da sede da IES e a cidade onde está localizada a IES. O fato da maioria dos alunos possuir uma renda mensal elevada demonstra que ainda existe uma desigualdade no acesso ao ensino superior na sociedade. Aqueles com condições financeiras mais favoráveis têm a possibilidade de se prepararem melhor para o processo seletivo das IES e, assim, conquistar um maior número de vagas. Quanto à cor, verificou-se que, apesar da IES possuir reserva de vagas para pessoas autodeclaradas negras, apenas um aluno informou a autodeclaração.

No que se refere ao estado civil, a maioria é solteira. Acredita-se que isso ocorra devido a maior parte ser adultos jovens. Em relação a religião, o número de católicos se sobressai em

relação as outras crenças. O que não é surpresa, pois vários alunos são naturais da região Metropolitana do Cariri e, possivelmente, por este motivo, têm enraizado em suas origens a religiosidade forte da região.

Por fim, a maioria dos graduandos estava cursando o segundo período do internato, que corresponde ao último semestre do curso de Medicina. Por isso, é esperado do grupo participante um emponderamento significativo das competências do médico e, faz parte delas, o profissionalismo médico.

Universo semântico sobre profissionalismo médico

Em resposta ao estímulo “profissionalismo médico”, os graduandos evocaram um total de 218 palavras. Na análise prototípica, a ordem média geral de evocações foi de 2,83, que definiu a localização das palavras nos quadrantes esquerdos e direitos, enquanto que a frequência média de evocações foi de 7,23, estabelecendo a distribuição das palavras nos quadrantes superiores e inferiores (Tabela 2).

Tabela 2. Análise prototípica das evocações da TALP apresentadas no período do internato médico na Estratégia Saúde da Família. Crato-CE, 2020.

NÚCLEO CENTRAL			PRIMEIRA PERIFERIA		
FREQUÊNCIA $\geq 7,23$		RANG $\leq 2,3$	FREQUÊNCIA $\geq 7,23$		RANG $\geq 2,3$
PALAVRA	<i>f</i>	RANG	PALAVRA	<i>f</i>	RANG
Ética	39	2,1	Conhecimento	26	2,9
Empatia	21	2,4	Respeito	16	2,9
Responsabilidade	17	2,3	Compromisso	15	3,2
			Cuidado	11	3,5
			Dedicação	08	3,0
ZONA DE CONTRASTE			SEGUNDA PERIFERIA		
FREQUÊNCIA $\leq 7,23$		RANG $\leq 2,3$	FREQUÊNCIA $\geq 7,23$		RANG $\leq 2,3$
PALAVRA	<i>f</i>	RANG	PALAVRA	<i>f</i>	RANG
Humanização	07	1,6	Atenção	05	3,6
Competência	07	2,6	Humanidade	05	4,8
Amor	04	2,8	Proatividade	04	3,5
Capacitação	02	2,2	Bom senso	04	4,2
Sigilo	02	2,5	Resolutividade	03	3,3

Caráter	02	2,2	Comprometimento	03	3,3
Humildade	02	2,5	Solidariedade	03	4,0
			Moral	02	4,0
			Técnica	02	4,5
			Seriedade	02	4,0
			Raciocínio	02	3,5
			Sensatez	02	3,0
			Ciência	02	3,0
			Paciência	02	4,0
			Valorização	02	3,5
			Trabalho	02	5,0

No QSE representativo do núcleo central estão as palavras “ética” (f=39; OME=2,1), “empatia” (f=21; OME=2,4) e “responsabilidade” (f=17; OME=2,3). Nesse sentido, pode-se considerar a ética como o termo de maior representação atribuído pelos estudantes para o profissionalismo médico. A “ética” está vinculada ao agir com “empatia” e ao fazer profissional com “responsabilidade” na atuação médica na Estratégia Saúde da Família.

Esta maneira de agir e fazer na Estratégia Saúde da Família, somente é possível de ser construída com a criação de vínculo entre profissionais e entre profissional e o usuário. O vínculo é um dos princípios que norteia a Política Nacional de Atenção Básica. A construção do vínculo requer confiança, respeito e empatia entre usuários e equipe, além de uma organização do serviço que consiga responder às necessidades deles. O vínculo se configura como condição determinante para o cuidado, sendo capaz de gerar um potencial terapêutico (SCHENKER; COSTA, 2019).

Na primeira periferia (QSD) está situada a palavra “conhecimento” (f=26; OME=2,9) com uma maior OME e com alta frequência, que pode fortalecer o núcleo central. Surgem ainda na primeira periferia as palavras “respeito” (f=16; OME=2,9), “compromisso” (f=15; OME=3,2), “cuidado” (f=11; OME=3,5) e “dedicação” (f=8; OME=3,0), indicando que o “conhecimento” médico precisa estar apoiado em atitudes de “respeito”, “compromisso” e “dedicação” para com os pacientes, favorecendo a oferta de um “cuidado” adequado à população adscrita.

Cuidado pode ser compreendido na perspectiva de proporcionar tecnologias de saúde segundo a necessidade de cada indivíduo, visando promover a manutenção ou a reabilitação da saúde, do bem-estar, da segurança e da autonomia de cada indivíduo, família ou comunidade.

Para isso, é necessária a ação de múltiplos atores que considerem o momento do encontro entre a equipe e o usuário um espaço de diálogo, entre os que possuem necessidades de saúde e os que se dispõem a cuidar (LEITE et al., 2016).

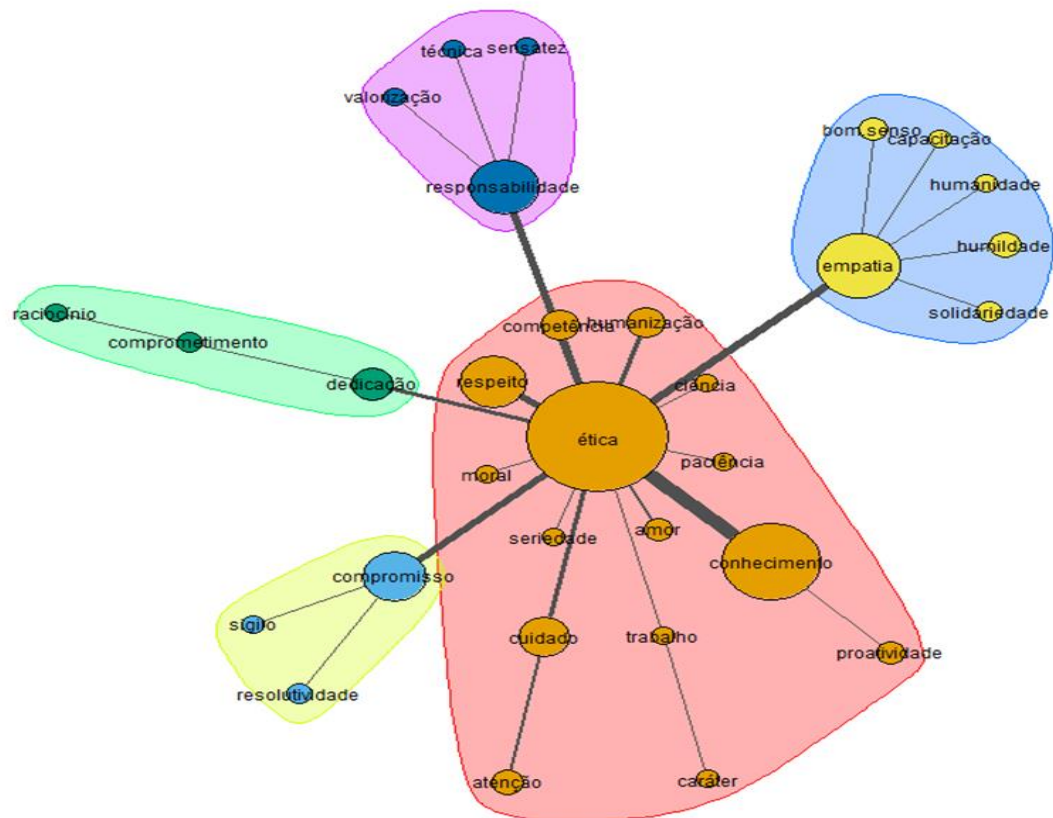
Na zona de contraste (QIE) estão as palavras de menor frequência, porém que vieram à mente mais rapidamente para serem citadas, podendo inferir também sua importância semântica para o estímulo utilizado. As evocações que surgiram foram “humanização” (f=7; OME=1,6), “competência” (f=7; OME=2,6), “amor” (f=4; OME=2,8), “capacitação” (f=2; OME=2,0), “sigilo” (f=2; OME=2,5), “Caráter” (f=2; OME=2,5) e “humanidade” (f=2; OME=2,5), podendo indicar que na percepção dos internos o profissionalismo médico depende de atitudes humanizadas.

O mercado de trabalho atual está em constante processo de transformação, exigindo dos profissionais não apenas conhecimentos e habilidades que podem ser traduzidos como o saber e o saber fazer. Ele reivindica também do profissional a necessidade de superar atuações essencialmente técnicas para buscar algo mais humano, respeitando princípios crenças e valores (DALLABONA et al., 2019).

Na segunda periferia (QID) estão as evocações que sugerem menor representatividade conceitual para o grupo por terem menor frequência e maior OME, sendo os de menor importância para a representatividade na definição do profissionalismo médico. As evocações mais com maior frequência foram: “atenção” (f=5; OME=3,3), “humildade” (f=5; OME=4,8), “proatividade” (f=4; OME=3,5), “bom senso” (f=4; OME=4,2), “resolutividade” (f=3; OME=3,3), “comprometimento” (f=3; OME=3,3) e “solidariedade” (f=3; OME=3,0).

Na Figura 1, efetuou-se a análise de similitude com o corpus evocativo completo, comparando-se as co-ocorrências e a força de conexão, buscando obter a compreensão global acerca dos universos semânticos sobre o profissionalismo médico. Assim, foi possível alcançar uma compreensão sobre a perspectiva representacional que a análise prototípica isoladamente não foi capaz de atribuir.

Figura 1. Análise de similitude das evocações dos estudantes sobre profissionalismo médico. Crato-CE, 2020.



Observa-se que o *corpus* evocativo completo foi organizado em uma comunidade central e outras quatro comunidades, representadas pelos grandes balões, contendo esferas agrupadas por cor. Quanto maior a esfera, maior foi o número de evocações daquela palavra. As comunidades estão interligadas por galhos, que representam a força de conexão entre elas, conforme sua maior ou menor espessura. Assim, quanto maior a espessura do galho, mais forte é a conexão.

A árvore máxima apresenta uma comunidade central, de cor rosa, que contém o termo “ética”, evocado com maior frequência pelos estudantes, e circundando-a apresentam-se os termos periféricos “respeito”, “competência”, “humanização”, “ciência”, “paciência”, “conhecimento”, “amor”, “trabalho”, “cuidado”, “solidariedade” e “moral”.

A comunidade central faz menção ao segundo domínio da Matriz de Competências para o Profissionalismo Médico no Brasil, denominada “comprometimento com os aspectos éticos”. No entanto, os termos que circundam diretamente a palavra central desta comunidade não

apresentam relação semântica com os descritores que definem o domínio relacionado. Deste modo, a totalidade de entendimento do domínio não é compreendida pelos estudantes.

A avaliação nos leva a crer que para os internos o profissionalismo médico tem sua base na “ética” médica, a qual para ser bem aplicada pede atitudes de “humanização”, “paciência”, “amor”, “seriedade”, “moral” e “respeito” por parte do profissional. Para atingir o “conhecimento” da “ética” médica é necessário buscá-lo além do que ensinam as escolas médicas por meio de uma postura “proativa”, que considera tanto o embasamento teórico da “ciência” “ética” como também uma postura no “trabalho” prático ou no desempenho profissional, prezando pela “atenção” e “cuidado” para com os pacientes, elucidando o “caráter” e a “competência” do médico.

Na década de 1980, o *American Board of Internal Medicine* (ABIM) admitiu a necessidade de qualidades humanísticas como um componente formal da competência clínica, o que permitiria melhorar os resultados clínicos na saúde do paciente, maximizar a autonomia do paciente, criar relações caracterizadas pela integridade, pela justiça social, pelo trabalho em equipe e inclui a aquisição de elevados padrões éticos (MORETO et al., 2018).

A primeira comunidade é a de cor amarela. Nela, o termo de maior frequência de evocações foi “compromisso”, que possui conectividade direta com a comunidade central, e carrega os termos periféricos “sigilo” e “resolutividade”. Verifica-se que o termo “sigilo” reporta-se ao primeiro descritor do domínio “comprometimento com aspectos éticos”, denotando haver uma compreensão parcial do entendimento do referido domínio pelos graduandos.

A evocação “compromisso”, por sua vez, apresenta relação semântica com dois domínios da matriz, compromisso com a competência técnica e compromisso com o paciente, o serviço de saúde e a profissão. Não é possível ter certeza a quais “compromissos” se referiam os internos. Contudo, podemos perceber que os graduandos têm compreensão de que para exercer o profissionalismo médico é necessário possuir “compromisso” com a profissão.

A apreciação nos leva a creditar que para os internos atuarem com profissionalismo médico perpassa a necessidade de ter “compromisso” com a postura “ética”, pautada no cumprimento do “sigilo” profissional e, ao mesmo tempo, é preciso ter “compromisso” com a busca por atingir a “resolutividade” dos problemas de saúde e com os outros tipos de demandas trazidos pelos pacientes nas consultas.

A competência profissionalismo médico abraça as questões éticas, contudo, vai além destas por favorecer uma formação profissional com maior sentido de compromisso social, sem perda da qualidade tecnocientífica, em um processo epistêmico que aceita e imprime em si

mesmo o desafio de oferecer cuidados em saúde com qualidade e buscando a resolutividade (FORTE et al., 2019).

Na segunda comunidade, a de cor verde, o temo mais recorrente foi “dedicação”, que possui uma conectividade direta com a comunidade central e uma conectividade fraca com os termos “comprometimento” e “raciocínio”. Quanto ao termo “comprometimento”, este faz alusão ao ato de comprometer-se, que na avaliação semântica é entendida de modo genérico, mas que recorda o domínio “comprometimento” com aspectos éticos. Já o termo “raciocínio” quando verificada a relação semântica separadamente da comunidade central, refere-se ao descritor “realiza exame físico e integra seus achados com a história clínica, elaborando raciocínio clínico lógico e formulando hipóteses diagnósticas coerentes”, que pertence ao domínio “compromisso com a competência técnica”.

A análise conduz na direção de que, para os graduandos, agir com profissionalismo médico requer “comprometimento” e “dedicação” com a profissão e uma atividade laboral pautada na “ética” e no “raciocínio” clínico.

Utilizar a competência profissionalismo médico é comprometer-se com a equipe, com os usuários e com um desempenho profissional que contribua para o bom funcionamento do trabalho, tornando-o mais eficaz e prazeroso. Infelizmente, ainda existem alguns de alguns profissionais que não atuam com comprometimento e deixam de realizar as atividades de sua competência por falta ao trabalho, negligência ou desmotivação (BIFF et al., 2019).

Na comunidade de cor lilás (terceira comunidade), o temo com maior frequência de evocações foi “responsabilidade”, que não possui uma conectividade direta com a comunidade central, mas, sim, com uma de suas periferias, a “competência” e agrega conectividades fracas com os termos “valorização”, “técnica” e “sensatez”.

A conexão do termo “responsabilidade” com a “competência” não apresenta nenhuma relação semântica com o domínio comprometimento com aspectos éticos, que está ilustrado na comunidade central. O termo “responsabilidade” também não possui nenhuma relação semântica com o domínio comprometimento com aspectos éticos. Entretanto, é compreensível que a amplitude desta evocação esteja referindo-se às várias “responsabilidades” médicas. Uma delas é a relação semântica com o domínio “responsabilidade social” da Matriz Competências para o Profissionalismo Médico no Brasil.

As expressões “valorização” e “técnica”, quando analisadas separadamente dos demais termos, recordam que a primeira tem relação semântica com os descritores “valoriza a profissão e valoriza os acompanhantes”, ambos pertencentes ao domínio “compromisso com o paciente, o serviço de saúde e a profissão”. Já a palavra “técnica” remete uma relação semântica como

domínio “compromisso com a competência técnica”. Por fim, o termo “sensatez” não apresenta nenhuma relação semântica com nenhum domínio ou descritor da matriz.

O conjunto de termos evocados nesta comunidade se direcionam para uma representação em que, para haver uma atuação médica balizada pelo profissionalismo médico, é necessário empreender uma postura pautada na “responsabilidade” e na “sensatez” com “valorização” da “técnica” médica.

Nesse sentido, o profissionalismo médico demanda dos profissionais responsabilidade consigo, com o social e com o exercício da Medicina, sendo fundamental ter esta e outras competências para além do “saber fazer” técnico, ter organização, responsabilidade, ser sensato na resolução de problemas, assim como ter senso de justiça e flexibilidade para garantir uma autonomia do usuário e da equipe e, também, a valorização do cuidar do outro (LANZONI et al, 2015).

Na quarta comunidade, a de cor azul, a palavra com maior frequência de evocações foi “empatia”, que possui uma conectividade direta com a comunidade central, e conectividades fracas com os termos “bom senso”, “capacitação”, “humanidade”, “humildade” e “solidariedade”.

A conexão entre a comunidade central e o termo “empatia” não traz nenhuma relação semântica com o domínio comprometimento com aspectos éticos ou com seus descritores, ao qual se refere a comunidade central. Do mesmo modo, não há relação semântica entre os demais termos desta comunidade, a comunidade central e ao domínio da matriz ao qual ela faz menção.

Ao mesmo tempo, quando averiguadas isoladamente nenhum dos termos “empatia”, “bom senso”, “capacitação”, “humanidade”, “humildade” e “solidariedade” apresenta qualquer relação semântica com os domínios ou com seus descritores da matriz. Com esta compreensão, verifica-se que, para estes estudantes, a prática do profissionalismo médico depende das atitudes de “empatia”, “bom senso”, “capacitação”, “humanidade”, “humildade” e “solidariedade” para com o usuário que procura a atenção primária a saúde.

A empatia como atitude facilitadora do crescimento humano pode ser compreendida como a aptidão de explorar o universo da alteridade, da diferença, compreendendo os sentimentos como e significados da pessoa, a partir do bom senso, da humanidade, da humildade e da solidariedade. Aspectos referentes ao conceito de empatia e o diálogo possível com a ética, apresenta a primeira como uma atitude essencialmente ética fundamental para a atuação profissional (LIMA; LIBERATO; DIONÍSIO, 2019).

De modo global, as cinco comunidades dispostas na árvore de similitude demonstram como a formação médica por competências abre um leque de possibilidades na constituição de

um profissional qualificado com mais capacidade para enfrentar as diversas situações que o mundo moderno impõe à população.

Ressalta-se que a mobilização de competências advém de práticas e de um modelo de educação que prepare o profissional para enfrentar a dinâmica do mundo do trabalho, estando capaz de contextualizar o conhecimento amplo com a realidade do território e da sociedade que vive em constante transformação (SALUM; PRADO, 2014).

Essa dinâmica da educação deve proporcionar não só o crescimento das potencialidades individuais do profissional, mas, sobretudo, para incentivar o trabalho coletivo com a finalidade de que se fortaleça a segurança e a qualidade no cuidado por integrar suas capacidades às da equipe, aumentando o nível de atuação no que se refere à complexidade e diversidade da assistência em saúde (OLIVEIRA, 2016).

A graduação por competências oferece não só a aquisição cognitiva, mas o saber fazer e agir com comportamentos que exprimem uma Medicina centrada na pessoa, que em alguns momentos procura o profissional por motivo de doença, em outros para preservar sua saúde e, muitas vezes, simplesmente, para ser acolhido e ouvido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento do universo semântico atribuído pelos estudantes ao profissionalismo médico possibilitou vislumbrar que o tema ainda é pouco explorado na formação médica, e evidencia que a ética é a expressão mais representativa desta competência, configurando a relevância deste termo para a prática da medicina em Saúde da Família.

Ao mesmo tempo, os graduandos evocam outros termos que circundam a ética e que, somados a esta, completam o universo semântico sobre profissionalismo médico elaborado pelos internos. Mesmo com esta união, a totalidade da compreensão sobre o significado da competência profissionalismo médico entre os discentes não ocorre de modo completo, pois muitos domínios e descritores da Matriz de Competências para o profissionalismo médico no Brasil não estão referenciados nestas evocações.

Conhecer os significados de profissionalismo médico elaborados pelos estudantes possibilita a abertura para diversas reflexões, ao mesmo tempo que conduz à percepção de subjetividades envolvidas nessa significação, que podem influenciar no modo como os internos exercem a práxis em Saúde da Família, provocando, assim, a necessidade de estudos adicionais que clarifiquem como estes graduandos incorporam os atributos de cada domínio no processo de trabalho, na perspectiva da prática médica qualificada e efetiva no âmbito da atenção primária.

REFERENCIAS

BIFF, D. et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 147-158. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/GRyVBGTqC6GfcpnHTVf9RVr/?lang=pt&format=pdf>>.

BRASIL. Resolução nº CNE/CES 3/2014, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. 2013.

COUTINHO, M. D. P. D. L.; BÚ, E. D. A Técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do softwaer Tri-Deux-Mots (Version 5.2). **Revista Campo do Saber**. v. 3, n. 1, p. 219 – 243. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/view/72/58>>.

DALLABONA, L. F. et al. Conhecimentos, habilidade e atitudes: percepção de discentes e docentes no processo de ensino-aprendizagem. **Meta: avaliação**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 32, p. 346-375 2019. Disponível em: <<https://revistas.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/view/1909/pdf>>

FORTE, F. D. S. et al. Olhar discente e a formação em Odontologia: interseções possíveis com a Estratégia Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 23, p. 1-16. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/6mymPNtPP7bq6QBpQZD7rGr/?format=pdf&lang=pt>>.

FREI, F. A utilização de Formulários Google para avaliação continuada: aplicações no ensino de estatística para cursos universitários. **Revista Tecnologias na Educação**. Assis, v. 23, n. 9,

p. 1-15. 2017. Disponível em: <<http://tecedu.pro.br/wp-content/uploads/2017/12/Art6-vol.23-Dezembro-2017.pdf>>.

KAMI, M. T. M. et al. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio a pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452016000300213&script=sci_abstract&tlng=pt>.

LAZARINI, W. S.; SODRÉ, F. O SUS e as políticas sociais: desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1904-1917. 2019. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1904>>.

LEITE, M. T. et al. Gestão do cuidado na estratégia saúde da família: revisão narrativa. **Revista Atenção à Saúde**. São Caetano do Sul, v. 14, n. 50. 2016. Disponível em: <https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/issue/view/227t>.

LIMA, D. T.; LIBERATO, M. T. C.; DIONÍSIO, B. W. R. A empatia como atitude ética no cuidado em saúde mental. **Revista Polis e Psique**. Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 152-170. 2019. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/82791/55481>>.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M. Educação médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Blumenau, v. 42, n. 4, p. 66-73. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022018000400066&script=sci_abstract>.

MIRANDA-SÁ JR, L. S. **Uma introdução a medicina**: o médico. Brasília: CFM, 2013.

MORETO, G. et al. O Profissionalismo e a formação médica de excelência: Desafios encontrados na academia e na prática clínica. **Archivos en Medicina Familiar**. Espanha, v. 20, n. 4, p. 184-189. 2018. Disponível em: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2018/amf184e.pdf>>.

NASCIMENTO, D. D. C., OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.4, p. 814-827, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902010000400009&script=sci_abstract&tlng=pt>.

OLIVEIRA, G. W. B.; JACINSK, L. Desenvolvimento de questionário para coleta e análise de dados de uma pesquisa, em substituição ao modelo Google Forms. 2017. Monografia (Técnico) - Curso de Informática, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Paraná, SC, 2017.

PERRENOUD, Philippe. **Dez novas competências para ensinar: convite à viagem**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PORTO, M. M. A. Construção de uma matriz de competências para profissionalismo médico no Brasil. 2018. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2018.

SANTOS, C. S. et al., Representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n.1. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452017000100216&script=sci_abstract&tlng=pt>.

SANCHEZ, H. M. et al. Avaliação da qualidade de vida de médicos clínicos e cirurgiões. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Rio Verde, v. 31, n. 3, p. 1-9. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7582>>.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 2 n. 23, p. 301-308. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200301&script=sci_abstract&tlng=pt>.

SWICK, H. M. Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. **Academic Medicine**. USA. v. 75, n. 6, p. 612-616. 2000. Disponível em:

<https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2000/06000/toward_a_normative_definition_of_medical.10.aspx>.

TAVARES, N. U. L. et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, Brasília, v. 50, n. 2, p. 1-11. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.pdf>.

VIEIRA, V. M. O. Contribuições da técnica de “associação livre de palavras” para a compreensão da sexualidade na adolescência. **Revista Espaço Pedagógico**. Passo Fundo, p. 260-281, 2019. Disponível em <www.upf.br/seer/index.php/rep>.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.27, n.4, p. 521-526, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722011000400017>.

CAPÍTULO 3

EXPRESSIVIDADE DO PROFISSIONALISMO MÉDICO ATRIBUÍDA POR ESTUDANTES DO INTERNATO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

Objetivo: averiguar a magnitude de expressão dos domínios do profissionalismo médico mobilizados pelos estudantes em suas atividades na Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo descritivo, com aplicação de questionário eletrônico a 55 estudantes do internato médico de uma instituição pública de ensino superior do estado do Ceará, cujos domínios da Matriz de Competências para o Profissionalismo Médico no Brasil foram analisados no programa SPSS versão 23.0 por estatística descritiva. **Resultados:** a magnitude de expressão dos domínios do profissionalismo médico mobilizados pelos estudantes no cenário pesquisado foi alta entre a maioria dos estudantes (50,9%), mas apresentando variações conforme cada domínio, predominando a competência cultural (78%) e o compromisso com aspectos éticos (70,9%). Compromisso com a competência técnica e prática reflexiva e autoconhecimento obtiveram, igualmente, baixa expressividade (47,3%). **Conclusão:** A variação na expressividade dos domínios caracteriza que o profissionalismo médico não está sendo mobilizado em sua totalidade no cenário pesquisado, sinalizando para a necessidade de incremento no processo de formação médica, visando estimular a mobilização desta competência pelos estudantes.

Palavras-chaves: profissionalismo, internato e estratégia saúde da família

Keywords: professionalism, Internship and family health strategy

INTRODUÇÃO

O mercado de trabalho em Medicina vivencia significativas transformações na contemporaneidade. De um lado estão os pacientes que, com o apoio da rede mundial de computadores, comparecem às consultas com uma gama de informações sobre sua patologia, diagnóstico e tratamento, exigindo do médico uma postura compreensiva e competente, que acate as opiniões formadas pelo usuário, ao mesmo tempo que esclareça os pontos duvidosos que o levou a procurar o serviço de saúde.

Para Perrenoud (2000), competência é a capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar diversos tipos de situações. As competências mobilizam, integram e orquestram recursos referentes a conhecimentos, habilidades e atitudes. Entretanto, a mobilização desses recursos sofre variação, dependendo da situação em que serão empregadas.

Competência refere-se, ainda, à capacidade de utilizar diferentes recursos para solucionar, de forma eficaz, diferentes situações, mobilizando os mais variados domínios, dentre eles, uma combinação de conhecimentos, motivações, valores, atitudes, ética, emoções, bem como outros componentes que envolvem o caráter social e comportamental que, em conjunto, permitem gerir situações complexas e instáveis que facilitam a tomada de decisão e à resolução de problemas (PORTO, 2018).

No âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), para a produção do conjunto diversificado de ações que exige este nível da atenção à saúde, é necessário que os profissionais que compõe a equipe multiprofissional possuam as competências capazes de responder as demandas de promoção, prevenção, diagnóstico, cura e reabilitação. Para o médico destas equipes uma competência apropriada para desenvolver bem este leque de intervenções é o profissionalismo médico, para o qual há, no contexto brasileiro, uma matriz específica, composta por dimensões e atributos que orientam a práxis médica em seus diversos cenários de atuação.

Profissionalismo médico pode então ser compreendido como uma competência médica essencial que não depende, somente, da cognição. Agir com profissionalismo médico é ser capaz de conduzir práticas profissionais pertinentes, em relação as exigências de um posto de trabalho. É uma missão a cumprir (PORTO, 2018).

Compreende-se que, ao aplicar a competência profissionalismo médico, utilizando seus domínios e respectivos descritores, contribui-se para uma atuação médica efetiva, que engloba aspectos voltados para os usuários, o acompanhante, o serviço de saúde e o próprio médico, o objetivo deste estudo foi averiguar a magnitude de expressão dos domínios do profissionalismo médico mobilizados pelos estudantes em suas atividades na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Estudo de natureza quantitativa e abordagem descritiva, que teve sua coleta de dados realizada no período de maio a junho de 2020, com graduandos do internato médico em Saúde da Família de um curso de medicina vinculado à uma instituição de ensino superior situada ao sul do estado do Ceará.

Utilizou-se como referencial teórico a Matriz de Competências para o Profissionalismo Médico no Brasil, elaborada e validada para o contexto brasileiro (PORTO, 2018). Para a coleta de dados foi utilizado um questionário sobre profissionalismo médico e aplicado por via online na Plataforma *Google Forms*. O questionário foi desenvolvido pela pesquisadora com os objetivos de captar informações sociodemográficas dos participantes e os itens da Matriz de Competências do Profissionalismo Médico no Brasil, dispostos no formato de escala do tipo *Likert* com cinco pontos (1 = Nunca; 2 = Poucas vezes; 3 = Na metade das vezes; 4 = Na maioria das vezes; 5 = Todas as vezes). Dessa forma, o questionário possibilitou a verificação sobre amobilização desta competência, seus domínios e descritores na percepção dos estudantes do internato em Saúde da Família.

Os dados foram analisados pelo *software* SPSS, versão 23.0. A consistência interna da escala, uma medida de sua confiabilidade, foi avaliada por intermédio do coeficiente alfa de *Cronbach*, que indicou o valor de 0,83 para o construto aplicado, considerada uma boa consistência interna (BRYMAN; CRAMER, 2004).

As variáveis sociodemográficas foram analisadas por meio de frequências absolutas e percentuais, enquanto que as proporções das respostas para cada domínio do profissionalismo médico foram analisadas por medida de tendência central (mediana), representando a magnitude de expressão atribuída. Uma variável adicional do tipo dicotômica foi originada a partir dos resultados obtidos na escala, visando a comparação entre os grupos por níveis de expressividade (alta/baixa) que foram categorizados com base no valor da mediana geral obtida no construto ($md=121,0$).

Dada a não normalidade amostral, na comparação entre grupos, foram utilizados os testes *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, e para verificar associação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste de Qui-quadrado de independência ou Exato de Fisher, sendo considerados significantes quando $p < 0,05$ (CONTI, 2009).

Considera-se para fins éticos e legais do estudo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A pesquisa faz parte de uma pesquisa de maior abrangência intitulada “Estudos sobre Promoção da Saúde nos Ambientes Educacional e de Trabalho” e apresenta Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Regional do Cariri – URCA de número 2.005.435, a fim de cumprir as exigências formais da legislação que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, participaram 55 alunos do curso de Medicina que, no período da coleta de dados, já haviam finalizado o estágio em Saúde da Família. Como mostram os dados da tabela abaixo.

Tabela 1. Informações sociodemográficas expressas pelos estudantes do curso de Medicina. Crato-CE, 2020.

Informações sociodemográficas					
Sexo	Masculino n=30; 54,5%		Feminino n=25; 45,5%		
Faixa etária	20 e 25 anos 69,1% n=38		26 e 30 anos 21,8% n=12		31 e 40 anos 9,1% n=5
Naturalidade	Fortaleza - CE 29% n=16	Crato - CE 10,9% n=6	Iguatu - CE 7,2% n=4		
	Juazeiro do Norte-CE 7,2% n=4	Brejo Santo - CE 3,6% n=2	Barbalha - CE 1,8% n=1		
	Missão Velha - CE 1,8% n=1	Campos Sales - CE 1,8% n=1	Jardim - CE 1,8% n=1		
	Milagres - CE 1,8% n=1	Várzea alegre - CE 1,8% n=1	São Benedito - CE 1,8% n=1		
	Itamaraju-BA 1,8% n=1	Salgueiro-PE 1,8% n=1	Serrita-PE 1,8% n=1		
	Picos-PI 1,8% n=1	São José de Piranhas-PB 1,8% n=1	Pernambuco 1,8% n=1		
	São Paulo - SP 3,6% n=2	Taguatinga - DF 1,8% n=1	Anápolis - GO 1,8% n=1		
	Palmas - TO 1,8% n=1	Limeira - SP 1,8% n=1	São Bernardo do Campo - SP 1,8% n=1		
	Taubaté - SP 1,8% n=1	Nova Era - MG 1,8% n=1	Taquaraçu - MG 1,8% n=1		
Domicílio	Barbalha - CE 38,2% n=21	Juazeiro do Norte - CE 38,2% n=21	Crato - CE 14,5% n=8	Outros municípios 9,1% n=5	
Renda mensal	Entre 1 e 4 salários 40% n=22		Mais de 4 salários 60% n=33		
Cor	Branca 47,3% n=26	Preta 1,8% n=1	Parda 50,9% n=28		
Estado civil	Casado (a) 9,1% n=5		Solteiro (a) 90,9% n=50		
Semestre em curso	1º ano do internato 30,9% n=17		2º ano do internato 69,1 n=38		
Religião	Católico 76,4% n=42	Evangélico 5,5 n=3	Espírita 5,5 n=3	Sem religião 12,7 n=7	

Entre os participantes existe uma predominância do sexo masculino em relação ao feminino. A maior parte dos graduandos estão na faixa etária de adultos jovens. Na análise da

naturalidade dos estudantes, existe um número significativo de discentes de outros estados, possivelmente pelo fato de que a pontuação obtida por estes alunos no Sistema de Seleção Unificada (SISU) oferecia a oportunidade de cursar medicina na IES desta pesquisa e não em IES de seus estados de origem. Devido à elevada concorrência, ingressar no curso de Medicina é significativamente difícil. Por isso, as lutas para a realização da profissionalização nessa área já se iniciam com a necessidade de deixar para trás a comodidade e o aconchego da família.

É provável que a maioria dos discentes optou por residir em Juazeiro do Norte e Barbalha por serem, respectivamente, a cidade mais próxima da sede da IES e a cidade onde está localizada a IES. A existência de uma renda mensal elevada denota que ainda existe a disparidade de acesso ao ensino superior na sociedade. Aqueles com maior poder aquisitivo têm possibilidade de se prepararem melhor para o processo seletivo das IES e, assim, obtem o maior número de vagas. Quanto à cor, verificou-se que, apesar da IES possuir reserva de vagas para pessoas autodeclaradas negras, apenas um aluno informou a autodeclaração.

O estado civil da maioria dos graduandos é solteiro. Como a faixa etária da maioria dos alunos enquadra-se como adultos jovens, é possível que tenha contribuído para este achado. Em relação a religião, o número de católicos é maior em relação as outras religiões. A IES pesquisada está localizada em um grande centro católico do Ceará, uma vez que vários alunos são naturais deste centro religioso é provável que tenham enraizado em suas origens a religiosidade forte da região.

Por fim, a maior parte dos discentes estava cursando o segundo período do internato, que corresponde ao último semestre do curso de Medicina. Por isso, é esperado do grupo participante um emponderamento significativo das competências do profissional médico, entre elas, o profissionalismo.

Expressividade do profissionalismo médico

Inicialmente, antes de apresentar os resultados deste tópico, se faz necessário esclarecer o significado do termo magnitude na pesquisa quantitativa. Minyo (2017) diz que magnitude é uma busca aquilo que se repete e pode ser tratado em sua homogeneidade, ou seja, aspectos que se repetem e podem ser contados (quantidade). Outra definição para magnitude é o componente de caráter quantitativo que pode medir as associações entre diferentes fatores e os seus efeitos ou implicações sobre o objeto pesquisado (GALVÃO, PLUYE, RICARTE, 2018).

Após o entendimento do conceito de magnitude, termo que será explorado neste artigo, passamos para a análise dos resultados. A tabela 3, evidencia que a magnitude de expressão atribuída pelos internos quanto aos itens da matriz de competências para o profissionalismo

médico no Brasil são todas elevadas. Mesmo assim, alguns se destacam ainda mais. Os descritores que apontam para o sigilo médico, atuam com descrição, mantendo a confidencialidade, confirmam que o sigilo profissional é valorizado e repetidamente fomentado nos alunos.

Tabela 3. Magnitude de expressão atribuída pelos internos quanto aos itens da matriz de competências para o profissionalismo médico no Brasil. Crato-CE, 2020.

ITEM	N	PV	MTV	MV	TV	MD
	%	%	%	%	%	
- Reconhece e incorpora os valores sócio-culturais...	0,0	3,6	14,5	41,8	40,0	4
- Utiliza os determinantes sociais da saúde na elaboração de planos diagnósticos e terapêuticos...	0,0	5,5	12,7	45,5	36,4	4
- Atua com discrição, mantendo a confidencialidade...	0,0	0,0	1,8	5,5	92,7	5
- Coloca o bem-estar dos pacientes a frente dos seus interesses...	0,0	0,0	1,8	14,5	83,6	5
- Permite e estimula a autonomia do paciente...	0,0	3,6	10,9	50,9	34,5	4
- Previne, diagnostica e trata clinicamente as doenças...	0,0	0,0	9,1	49,1	41,8	4
- Realiza anamnese, reconhecendo seus elementos...	0,0	0,0	5,5	23,6	70,9	5
- Realiza exame físico e integra seus achados....	0,0	0,0	1,8	29,1	69,1	5
- Reconhece suas limitações...	0,0	0,0	1,8	29,1	69,1	5
- Utiliza racionalmente os recursos diagnósticos e terapêuticos...	0,0	0,0	7,3	52,7	40,0	4
- Gerencia adequadamente o tempo de atendimento...	0,0	3,6	25,5	56,4	14,5	4
- Cumpre a carga horária de trabalho	0,0	0,0	0,0	29,1	70,9	5
- Mantém a pontualidade	0,0	0,0	5,5	30,9	63,6	5
- Valoriza a profissão	0,0	0,0	1,8	10,9	87,3	5
- Valoriza os acompanhantes	0,0	0,0	7,3	30,9	61,8	5

- Avalia se os pacientes compreendem as recomendações...	0,0	0,0	5,5	30,9	63,6	5
- Demonstra atenção no atendimento dos pacientes	0,0	0,0	0,0	20,0	80,0	5
- Estimula e respeita a autonomia do paciente...	0,0	0,0	12,7	45,5	41,8	4
- Orienta e esclarece o paciente em todos os passos de investigação diagnóstica...	0,0	1,8	7,3	40,0	50,9	5
- Promove o diálogo regido pela escuta ativa...	0,0	1,8	1,8	38,2	58,2	5
- Promove um ambiente colaborativo para o trabalho	0,0	1,8	3,6	30,9	63,6	5
- Registra os procedimentos clínicos ou cirúrgicos...	0,0	0,0	3,6	41,8	54,5	5
- Utiliza formas de linguagem acessíveis...	0,0	0,0	0,0	36,4	63,6	5
- Preza pela qualidade de vida	0,0	9,1	20,0	29,1	41,8	5
- Realiza autoavaliação sistemática...	0,0	1,8	21,8	47,3	29,1	4
- Reconhece a possibilidade de falha ou iatrogenia...	0,0	0,0	3,6	49,1	47,3	4
- Atua com senso de cidadania e responsabilidade...	0,0	0,0	5,5	38,2	56,4	5

Legenda: N=nunca; PV=poucas vezes; MTV=metade das vezes; MV=maioria das vezes; TV=todas as vezes; MD=mediana.

Os descritores relacionados ao bem-estar do paciente, a realização de uma propedêutica médica qualificada, a valorização do serviço de saúde, do paciente e da profissão, bem como, o senso de responsabilidade social para com sua comunidade e os indivíduos nela inseridos, também possuem altos índices de magnitude, destacando que durante o processo formativo, os discentes são preparados para oferecerem prioridade aos pacientes em detrimento de interesses pessoais ou administrativos.

Ao mesmo tempo, identificam a necessidade de possuírem uma qualidade de vida satisfatória, para que estejam aptos a oferecerem uma assistência à saúde qualificada e efetiva a cada uma das vidas que lhe forem confiadas.

A magnitude de expressão do profissionalismo médico também foi analisada agrupando-se por domínios e calculando as respectivas frequências. Embora a matriz original

não mencione esta abordagem por domínios, considerou-se importante verificar quais deles os estudantes afirmaram mobilizar com maior ou menor expressividade (Tabela 4).

Tabela 4. Magnitude de expressão dos domínios do profissionalismo médico atribuídos pelos internos. Crato-CE, 2020.

Domínio	Expressividade			
	Alta		Baixa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Competência cultural	43	78,0	12	21,0
Comprometimento com aspectos éticos	39	70,9	16	29,1
Compromisso com a competência técnica	29	52,7	26	47,3
Compromisso com o paciente, o serviço de saúde e a profissão	32	58,2	23	41,8
Habilidades de colaboração e comunicação	35	63,6	20	36,4
Prática reflexiva e autoconhecimento	29	52,7	26	47,3
Responsabilidade social	31	56,4	24	43,6
TOTAL	28	50,9	27	49,1

A competência cultural, primeiro domínio da matriz, por meio de seus descritores, amplia os horizontes de possibilidades para uma atuação médica global. Neste domínio, os graduandos afirmaram que na maioria das vezes (41,8%) reconhecem e incorporam os valores sócio-culturais das minorias étnicas e povos tradicionais na tomada e no compartilhamento de decisões. Com isso, as características individuais e comunitárias são reconhecidas e levadas em consideração durante a totalidade do processo de avaliação/consulta médica.

Também, na maioria das vezes (45,5%), utilizam dos determinantes sociais da saúde na elaboração de planos diagnósticos e terapêuticos adequados à realidade socioeconômica e coerente aos valores, crenças e costumes dos pacientes e comunidade. Com esta atitude, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, que formam a rede social e comunitária, onde está inserido o sujeito tem suas influências discutidas e consideradas no processo de cuidado dos indivíduos.

O cálculo da mediana deste domínio demonstrou que 52,7% dos internos tem uma alta expressividade na mobilização do domínio competência cultural e 47,3% apresentam uma baixa expressividade na mobilização do referido domínio. Isso mostra um equilíbrio entre o grupo de

internos no momento em que devem considerar os valores, as crenças, os costumes e os determinantes sociais da saúde na tomada decisão e na elaboração de uma conduta compartilhada para cada paciente.

Uma desvantagem deste equilíbrio nos números é que, se a proposta terapêutica não estiver condizente com contexto de vida e as possibilidades das pessoas, reduzem-se as chances de execução do tratamento. Já se as decisões forem compartilhadas e considerarem o paciente como um sujeito biopsicossocial, a efetivação da proposta terapêutica se tornará mais factível e alcançará os objetivos pretendidos pelas partes envolvidas.

Toda ação médica, independentemente do nível assistencial que esteja sendo exercida, precisa ser realizada com comprometimento com os aspectos éticos da profissão, outro domínio da matriz. Para este domínio, os internos declararam que em todas as vezes (92,7%) atuam com discrição, mantendo a confidencialidade sobre às informações relativas às pessoas sob seus cuidados. Desta maneira, o sigilo profissional é obedecido como exige o código de ética profissional, mas, sobretudo, é garantido ao paciente a possibilidade de partilhar com confiança suas necessidades e particularidades.

Os graduandos também afirmam que todas das vezes (83,6%) colocam o bem-estar dos pacientes à frente dos seus interesses financeiros e corporativos, gerenciando honestamente seus conflitos de interesse. Deste modo, a negligência para com as pessoas que possuem condições financeiras desfavoráveis não deve ter influência na prática do profissional. Ao mesmo tempo, se é interesse do profissional trabalhar com públicos que proporcionem um maior retorno financeiro, ele é livre e honesto para fazer esta opção e, ainda, conflitos como consultar e realizar procedimentos em familiares, liberar atestados médicos ou usar da profissão para obter benefícios podem ser evitados por médicos que se utilizam deste domínio.

Os estudantes afirmaram ainda que na maioria das vezes (50,9%) permitem e estimulam a autonomia do paciente na construção do plano terapêutico, através do compartilhamento de decisões. Desta forma, é possível elaborar um plano terapêutico factível para cada indivíduo. Pois, de nada adiante, construir planos terapêuticos robustos e “completos”, se não serão possíveis de execução pelos indivíduos.

O cálculo da mediana apresentou que 70,9% dos graduandos apresentam uma alta expressividade na mobilização do domínio comprometimento com aspectos éticos e 29,1 uma baixa expressividade na mobilização do domínio. Este corpus de dados confirma a insistência da formação pautada nas questões éticas da profissão. No entanto, é perceptível que a centralidade do comprometimento com aspectos éticos, está no sigilo profissional. Aspecto importante, mas, não, definidor do domínio. É imprescindível ampliar o horizonte dos

discentes, para que possam compreender que o comprometimento com aspectos éticos, ultrapassa o sigilo e pede a criação de uma relação horizontalizada entre médico e paciente, que permita o compartilhamento de decisões e a autonomia do paciente no que se refere a seu projeto terapêutico, cabendo ao médico explicar o diagnóstico e as opções de condutas mais pertinentes para o caso.

A relação horizontal entre médico e paciente também proporciona uma liberdade permanente tanto para um como para o outro na construção de um relacionamento sadio de confiança e que a todo momento permite uma reavaliação dos projetos elaborados em parceria e dos objetivos obtidos ou não para melhorar, corrigir e ampliar cada um deles.

Esta relação horizontal pode ser edificada por meio das habilidades de comunicação e da prática colaborativa. Estes, juntos, constituem o domínio habilidades de colaboração e comunicação. Em relação aos descritores deste domínio, os graduandos afirmaram que todas as vezes (63,6%) avaliam se o paciente, seus familiares e os membros da equipe compreenderam as orientações e recomendações orais ou escritas. Esta verificação evita que o plano terapêutico ou as estratégias para manutenção da saúde do indivíduo deixem de ser executados por incompreensão das orientações ou prescrições.

Estas incompreensões podem ocorrer por uma atenção insuficiente prestada ao paciente, que ocorre quando não dispomos de uma escuta ativa ou do tempo necessário para cada atendimento ou da precariedade do acolhimento e até pela insatisfação com o trabalho. Neste descritor, os internos afirmaram que todas as vezes (80%) demonstram atenção no atendimento dos pacientes.

Os graduandos afirmam ainda que na maioria das vezes (45,5%) estimulam e respeitam a autonomia do paciente na construção do plano terapêutico, através do compartilhamento de decisões. Este descritor permite possibilitar para cada indivíduo condutas possíveis de concretização. Afirmam, ainda, que todas as vezes (50,9%) orientam e esclarecem o paciente, família e comunidade em todos os passos do processo de investigação diagnóstica e na indicação de medidas profilático-terapêuticas. Esclarecer todo o contexto de processo-doença e as ações que devem ser implementadas sua para resolução possibilita uma relação médico-paciente adequada e, conseqüentemente, uma adesão ao seu projeto terapêutico.

Os alunos afirmam também que todas as vezes (58,2%) promovem o diálogo regido pela escuta ativa, evitando julgamentos e cerceamento de fala. É sabido que a maior parte das demandas dos pacientes é solucionada, quando o médico permite que este fale livremente durante os dois minutos iniciais da consulta, sem interrupções e dando-lhe a devida atenção

para capturar as informações relevantes de seu caso. Assim, é necessário que o profissional esteja aberto e preparado para acolher, ouvir, dialogar e, por fim, intervir.

O processo de construção de um diálogo pode ser realizado de várias maneiras, oral, escrita, gestual ou até pela língua brasileira de sinais. O que importa de fato é que a comunicação entre médico e paciente seja efetiva. Sobre isso, os internos afirmam que todas as vezes (63,6%) utilizam formas de linguagem acessíveis, nas formas não-verbal, verbal e escrita, respeitadas e adequadas ao seu interlocutor.

A realização da articulação destas ações – acolher, ouvir, dialogar e intervir – tem na Estratégia Saúde da Família o apoio do trabalho em equipe, que segundo os internos afirmam, todas as vezes (63,6%) promovem um ambiente colaborativo para o trabalho em equipe. Esta maneira de executar o processo de trabalho auxilia na manutenção do acesso de primeiro contato, na integralidade, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado. Como também na implementação da competência cultural, da orientação familiar e comunitária.

A Estratégia Saúde da Família depende do alcance de indicadores para manter sua sustentabilidade financeira. Estes recursos são repassados, baseando-se nas inscrições feitas em prontuário. A respeito disto, os graduandos informam que todas as vezes (54,5%) registram procedimentos clínicos ou cirúrgicos de modo organizado e legível.

O cálculo do mediana do domínio habilidades de colaboração e comunicação mostra que 63,6% dos internos tem alta expressividade na mobilização do domínio e 36,4% tem baixa expressividade da mobilização do domínio. Estes dados colaboram para confirmar que escuta ativa, o diálogo e o trabalho em equipe estão sendo desempenhados com uma alta performance dos graduandos.

A construção de uma comunicação eficaz na relação médico-paciente propicia o conhecimento um do outro, o entendimento entre as partes, a compreensão de como cada um interpreta o processo saúde-doença em questão e a colaboração mútua, para que os objetivos e metas do encontro entre estes dois indivíduos sejam atingidos. A forma como esta comunicação vai ser elaborado, depende de fatores intrínsecos de cada membro da relação médico-paciente, mas, o que importa na verdade, não é saber executar as linguagens verbais ou não-verbais ou escrita, o que interessa é que da comunicação se construa novos significados a respeito do processo saúde-doença e que, se existirem patologias, estas sejam superadas.

Para conseguir desempenhar adequadamente a Medicina é necessário que o médico tenha compromisso com o paciente, o serviço de saúde e a profissão. Nos descritores deste domínio os discentes afirmaram que na maioria das vezes (56,4%) gerenciam adequadamente o tempo de atendimento. Por ser a ESF porta de entrada preferencial para o Sistema Único de

Saúde, muitas vezes, o volume de demanda diária para o médico é alto, exigindo dele a administração adequada do tempo de cada consulta para resolver a maior parte destas demandas e encaminhar o menor número possível.

Cumprimento da carga-horária de trabalho é a primeira condição necessária ao médico, para que o gerenciamento do tempo ocorra satisfatoriamente. Cumprir a carga-horária de trabalho é também uma questão de ética profissional. Não se pode ceder à tentação de minimizar a carga-horária de trabalho porque está atuando em um serviço público. Sobre este descritor os estudantes afirmam que todas as vezes (70,9%) cumprem a carga-horária de trabalho.

Manter a pontualidade é a outra premissa que o médico deve possuir para conseguir êxito no gerenciamento do tempo e é outro aspecto, muitas vezes, negligenciado na ESF. É preciso ter em mente que a ESF não deve ser encarada como um mero posto de saúde e que por dificuldades estruturais ou de processos de trabalho é permitido desprestigiá-la. A respeito da pontualidade, os internos dizem que todas as vezes (63,6%) mantêm a pontualidade.

Para cumprir todas estas condições e desempenhar satisfatoriamente a profissão é preciso valorizá-la. Sobre este descritor, os estudantes afirmam que todas as vezes (87,3%) valorizam a profissão. A Medicina não pode ser encarada como uma profissão que favorece status ou que propicia uma fonte de renda significativa. Se isto ocorre, pode-se levar o médico a decepção e, conseqüentemente, a desvalorizar a profissão.

Além de toda a valorização do serviço e da profissão é necessário, para que os frutos do encontro entre médico e paciente sejam alcançados, que se valorize também os acompanhantes. A este respeito, os graduandos dizem que todas as vezes (61,8%) valorizam os acompanhantes. O acompanhante precisa ser encarado como um apoio do médico e do paciente. Para médico porque pode ser um elo de ligação com o paciente e para o paciente porque pode ajudar na implementação dos planos terapêuticos e ser também apoio emocional durante o processo de saúde-doença.

O cálculo da mediana do domínio compromisso com o paciente, o serviço de saúde e a profissão mostrou que 58,2% tem uma alta expressividade da mobilização do domínio e que 41,8% tem uma baixa expressividade desta mobilização. Os números elucidam que existe um engajamento dos graduandos com o paciente, o serviço de saúde e a profissão. O comprometimento com este tripé – paciente, serviço de saúde e profissão – é o primeiro passo para vencer as dificuldades e para ser identificado como bom médico.

Além disso, este compromisso tripartite, induz o graduando a enxergar sentido nos processos de trabalho da APS; apoiar-se em ferramentas como genograma, ecomapa, registro médico orientado por problemas e medicina baseada em evidências; no aproximar-se dos

acompanhantes tornando-os instrumentos que auxiliem na obtenção dos objetivos do projeto terapêutico de cada usuário; e na valorização da APS, especialmente, da estratégia Saúde da Família como um meio de tornar o serviço de saúde eficaz e gerador de contentamento para os profissionais, pacientes, familiares, comunidade.

Na ESF é preciso também assumir um compromisso com a responsabilidade social. Sobre este domínio, os alunos afirmam que todas as vezes (56,4%) atuam com senso de cidadania e responsabilidade social, demonstrando preocupação com o bem-estar da coletividade. Isso significa empenhar-se em atuar em benefício do outro e do contexto em que ele está inserido.

Além dos processos e características próprios da atuação na ESF, o discente deve ter compromisso com a competência técnica própria do médico. Neste domínio, os internos anunciam que na maioria das vezes (49,1%) previnem, diagnosticam e tratam clinicamente as doenças e agravos prevalentes na região onde atua e todas as vezes (70,9%) realizam anamnese, reconhecendo os seus elementos centrais. Os dados demonstram que as ações de promoção e prevenção, que devem ser prioridade na APS, não acontecem em níveis desejáveis. O foco ainda está em diagnosticar e tratar as doenças e não as pessoas.

Os graduandos, também afirmam, que todas as vezes (69,1%) reconhecem suas limitações e identificam suas necessidades de educação permanente, comprometendo-se com a aprendizagem ao longo da vida, com atualização e aprimoramento do seu conhecimento científico, das suas habilidades clínicas e relacionais. Possuir um embasamento da propedêutica médica adequada é indispensável, mas, ela precisa estar voltada para servir ao método clínico centrado na longitudinalidade e integralidade do cuidado com as pessoas.

Para manter-se apto para todas as atribuições que exige a atuação na APS, é necessário prosseguir com aprimoramento contínuo da formação neste nível da atenção à saúde, conhecendo suas políticas, normas e regimentos, o leque de doenças prevalentes, seus indicadores, o uso racional dos recursos disponíveis e tudo mais que se faz necessário para a funcionalidade satisfatória deste nível de assistência à saúde.

Os internos também afirmam que na maioria das vezes (52,7%) utilizam racionalmente os recursos diagnósticos e terapêuticos através de noções de custo-efetividade e risco-benefício, embasados nas melhores evidências científicas. Onerar o sistema e arriscar-se a cometer alguma iatrogenia são complicações possíveis aos profissionais que não estão devidamente preparados para trabalhar na ESF ou em qualquer outro nível assistencial.

Quando oneram o sistema de saúde estão tirando a possibilidade que algum procedimento, realmente necessário a outra pessoa, deixe de ser solicitado por falta de vaga.

Quando não estão apoiados na Medicina Baseada em evidências correm o risco de instituir condutas inapropriadas, podendo provocar danos permanentes ou temporários nos pacientes.

O cálculo da mediana do domínio compromisso com a competência técnica mostrou que 52,7% apresentam uma alta expressividade na mobilização do domínio e 47,3% apresentam uma baixa expressividade na mobilização. Mais uma vez, estamos diante de um equilíbrio entre a alta e baixa expressividade. Isso gerou um sentimento de surpresa, tendo em vista que ao chegarem ao internato médico, os graduandos estão ansiosos prática colocarem em prática toda teoria da propedêutica médico ensinada nos semestres anteriores.

Ao mesmo tempo, é também preocupante, porque faz surgir um questionamento: os internos estão aplicando uma anamnese adequada e suficiente? Quando necessário, estão realizando o exame físico dos pacientes? A APS exige diálogo, escuta ativa e nem sempre um exame físico minucioso é necessário. Porém, se aproximar e tocar o paciente, muitas vezes, muda o prognóstico daquele usuário.

Por fim, sobre a prática reflexiva e autoconhecimento, os alunos afirmaram que todas as vezes (41,8%) prezam pela qualidade de vida, que na maioria das vezes (47,3%) realizam auto avaliação sistemática através da reflexão sobre seus atos e sentimentos e todas as vezes (47,3%) reconhecem a possibilidade de falha ou iatrogenia das suas condutas, mitiga suas consequências e corrige seus erros. O ideal é que por meio do conhecimento de si mesmo, o graduando avalie como deseja que suas atividades laborais se encaixem no seu projeto de vida. Quais tarefas como médico lhe trariam prazer e seriam potencializadoras da sua qualidade de vida. Para isso, é necessário manter um processo periódico de avaliação capaz de identificar como se encontra seu desempenho profissional e sua satisfação com o mesmo.

O cálculo da mediana mostra que 52,7% dos internos tem uma alta expressividade na mobilização do domínio prática reflexiva e autoconhecimento e 47,3% apresentam uma baixa expressividade na mobilização do referido domínio. Os números demonstram que existe um equilíbrio entre os internos em relação a alta e baixa expressividade da prática reflexiva e autoconhecimento. Cuidar de si, mente e corpo, é fundamental para esta em condições de oferecer uma assistência de qualidade aos usuários do serviço e, também, para evitar a ocorrência de falhas profissionais.

O trabalho na APS, aparentemente simples, esconde dificuldades como lhe dar com pessoas que consulta com frequência, carências estruturais, membros da equipe insatisfeitos e pressão por atendimentos em quantidade e não em qualidade. Para ser capaz de enfrentar estes e outros desafios e não se tornar vítima do esgotamento profissional, é necessário que o futuro

médico mantenho reflexões periódicas a respeito de sua prática e autoconhecimento para conhecer seus limites e necessidades.

A averiguação a magnitude de expressão dos domínios do profissionalismo médico mobilizados pelos estudantes em suas atividades na Estratégia Saúde da Família mostrou que 50,9% apresentam uma alta expressividade dos domínios da Matriz de Competências para o Profissionalismo Médico no Brasil e 49,1% uma baixa expressividade dos domínios da referida matriz. Os dados mostram que apenas metade dos graduandos do internato de Saúde da Família mobilizam a competência profissionalismo médico e sendo Profissionalismo médico uma competência que alicerça a profissão e dá identidade ao médico, confirma-se a necessidade estimular o uso desta competência na ESF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar a averiguação da magnitude de expressão dos domínios do profissionalismo médico mobilizados pelos estudantes em suas atividades na Estratégia Saúde da Família, foi possível perceber que, a mobilização dos domínios ocorreu de maneira variável. Enquanto alguns foram executados todas às vezes durante o atendimento ao usuário, outros foram praticados com menor frequência. Entretanto, todos os domínios obtiveram alta expressividade.

A variação na expressividade dos domínios caracteriza que o profissionalismo médico não está sendo mobilizado em sua totalidade no cenário pesquisado, sinalizando para a necessidade de incremento no processo de formação médica, visando estimular a mobilização desta competência pelos estudantes.

Destaca-se a importância de estudos sobre a mobilização da competência profissionalismo médico pelos estudantes, como estes são estruturados e aplicados em outras instituições e, caso não aconteçam, porque desta realidade.

Almeja-se que este estudo possa produzir reflexões no campo da formação médica que contemplem o desenvolvimento do profissionalismo nas práticas em saúde, nos diversos cenários de atuação médica, a fim de que esta competência seja expressa em sua totalidade pelos graduandos no contexto universitário e após a conclusão do curso.

REFERENCIAS

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

BRYMAN, A.; CRAMER, D. **Quantitative Data Analysis with SPSS 12 and 13: A Guide for Social Scientists**. Londres: Routledge, 2004.

CONTI, F. **Biometria**: qui-quadrado. Capítulo 3. 13p. 2009.

FREI, F. A utilização de Formulários Google para avaliação continuada: aplicações no ensino de estatística para cursos universitários. **Revista Tecnologias na Educação**. Assis, v. 23, n. 9, p. 1-15. 2017. Disponível em: <<http://tecedu.pro.br/wp-content/uploads/2017/12/Art6-vol.23-Dezembro-2017.pdf>>.

GALVÃO, M. C. B.; PLUYE, P.; RICARTE, I. L. M. Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação. **InCID: R. Ci. Inf. e Doc.** Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 4-24. 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/incid/article/view/121879/133611>>.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12. 2017. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/315756131>>.

PERRENOUD, Philippe. **Dez novas competências para ensinar**: convite à viagem. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PORTO, M. M. A. Construção de uma matriz de competências para profissionalismo médico no Brasil. 2018. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2018.

6. CONCLUSÕES

Ao finalizar a pesquisa sobre a expressividade do profissionalismo no internato de medicina em Saúde da Família, foi possível obter com a trajetória da pesquisa um entendimento a respeito do que consta no projeto pedagógico do curso pesquisado e como seu conteúdo é distribuído e disseminado para os discentes.

As evidências oriundas do projeto pedagógico do curso demonstram que sua redação contempla os domínios do profissionalismo de forma fragmentada e algumas vezes pontual, o que por vezes causa a omissão de alguns descritores dos domínios que compõe a competência profissionalismo médico.

Na continuidade do percurso da pesquisa, reconheceu-se que o universo semântico atribuído pelos estudantes sobre o profissionalismo médico sofre uma influência significativa desta fragmentação e pontualidade do projeto pedagógico do curso.

Na análise das evocações predominaram aquelas relativas à ética profissional, que juntamente com a empatia e a responsabilidade compõe seu núcleo central, circundado por outras evocações como conhecimento e humanização que exercem influência sobre o núcleo central e outras como comprometimento são consideradas sem significado para o universo semântico do profissionalismo médico dos participantes.

Este entendimento sobre a competência profissionalismo médico é incompleto, uma vez que a ética é apenas um dos domínios que compõe a competência, que humanização, conhecimento e compromisso acompanham outros domínios e descritores da competência, de tal modo que não pode ser ignorados como componentes de seu núcleo central, mas, principalmente, pela ausência de palavras que também compõe o conceito e os componentes do profissionalismo médico, demonstrando que as fragilidades do projeto pedagógico do curso em relação a competência pesquisada reflete-se diretamente na compreensão da competência profissionalismo médico.

Na sequência da pesquisa, a averiguação da magnitude de expressão dos domínios do profissionalismo médico mobilizados pelos estudantes em suas atividades na estratégia saúde da família, verificou que apesar da fragmentação e pontualidade dos domínios do profissionalismo médico no projeto pedagógico do curso e do reconhecimento incompleto do universo semântico desta competência pelos estudantes, existe uma expressividade do profissionalismo médico acima de 50% em todos os descritores, porém, alguns deles são expressos com maior intensidade que outros.

Esta disparidade na expressividade do profissionalismo médico revela que os cenários de práticas não são capazes de dar conta da carência de abordagem conceitual desta

competência. Assim, sinaliza-se a necessidade de incentivar, durante a formação médica, o estudo teórico e prático da competência profissionalismo médico, baseando-se em todo seu arcabouço teórico já existente na literatura para buscar obter dos alunos uma maior expressividade desta competência.

Assim, a etapa qualitativa da pesquisa apresentou as singularidades e os significados da competência profissionalismo médico, enquanto que a fase quantitativa mostrou quanto esta competência é expressada pelos alunos do internato em saúde da família. Espera-se que este estudo possa produzir reflexões no campo da formação médica no sentido de contemplar o desenvolvimento do profissionalismo médico no internato em Saúde da Família e nos demais cenários formativos, uma vez que esta competência deve permear o exercício médico de modo contínuo, conferindo melhor qualificação profissional.

À guisa de contribuição desta pesquisa ao processo formativo dos estudantes e à melhoria da qualidade da atuação médica em saúde no SUS, apresenta-se, a seguir, uma proposta de tecnologia educacional direcionada à avaliação da expressividade do profissionalismo médico nas atividades do internato em Saúde da Família.

7. PROPOSTA DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA AVALIAÇÃO DA EXPRESSIVIDADE DO PROFISSIONALISMO MÉDICO NAS ATIVIDADES DO INTERNATO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir dos achados do estudo, e visando contribuir para a melhoria da qualidade da formação médica e da preceptoria no internato, a pesquisadora, junto a um designer gráfico, produziram uma tecnologia educacional no formato de **painel dinâmico** voltado para avaliação dos estudantes de medicina que realizam o internato em Saúde da Família no tocante à mobilização do profissionalismo médico e seus domínios.

Esta tecnologia poderá ser utilizada também pelas escolas médicas e pelos serviços de saúde como uma ferramenta que impacte positivamente sobre a atenção em saúde nos diversos cenários de atuação médica, pois, embora tenha sido delineada para o cenário da Atenção Primária em Saúde, aplica-se aos demais ambientes de atuação no SUS, visto ser elaborada com base nos domínios da Matriz de Profissionalismo Médico no Brasil. O painel está apresentado da seguinte forma:

Na face anterior, apresentam-se os dias da semana organizados em uma coluna vertical à esquerda, e os sete domínios da Matriz de Competências para o Profissionalismo médico no Brasil, distribuídos em uma linha horizontal na parte superior (Figura 2).

	DOMÍNIO 1	DOMÍNIO 2	DOMÍNIO 3	DOMÍNIO 4	DOMÍNIO 5	DOMÍNIO 6	DOMÍNIO 7
SEGUNDA FEIRA							
TERÇA FEIRA							
QUARTA FEIRA							
QUINTA FEIRA							
SEXTA FEIRA							

Figura 2. Face anterior do painel para avaliação da expressividade do profissionalismo médico.

Na face posterior, apresentam-se os domínios e respectivos descritores da Matriz de Competências para o Profissionalismo Médico no Brasil, possibilitando ser consultada pelos que utilizarão o painel. Cada domínio está descrito com uma cor diferente, de modo a facilitar a identificação com a face anterior (Figura 3).

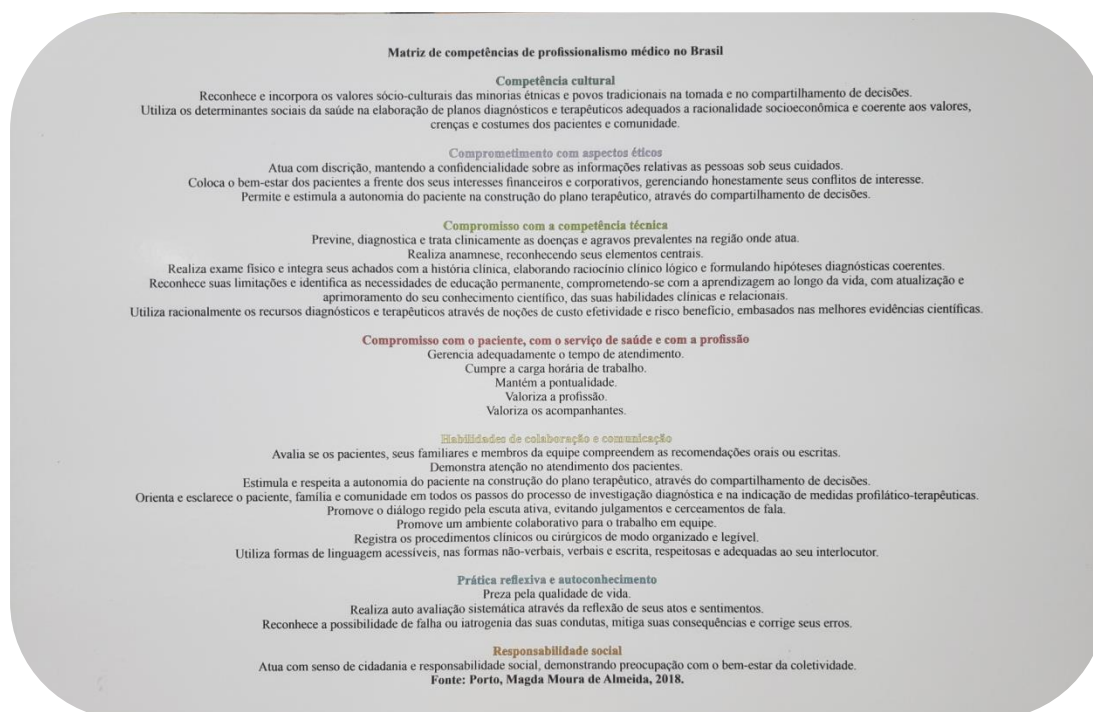


Figura 3. Face posterior do painel para avaliação da expressividade do profissionalismo médico.

O número de folhas de cada bloco adesivo corresponde ao total de dias da semana do calendário civil. Como exemplo, o ano de 2021 terá 52 segundas-feiras, então, estão dispostas 52 notas adesivas neste dia da semana.

Assim, ao final de cada semana, o graduando poderá registrar como mobilizou as competências do profissionalismo nas suas atividades de estágio e, caso o discente archive todas as notas adesivas, ao final do ano ou ao final de cada estágio, terá uma análise global desta expressividade. Assim, pode-se utilizar este produto como recurso para avaliação da aprendizagem do estudante no estágio.

Vale ressaltar que este painel foi elaborado de maneira que pudesse ser sustentável e replicável. Neste sentido, o corpo do painel é constituído de placa de fibra de média densidade (MDF), com medidas 46cm x 18cm, que recebeu cobertura adesivada, e contém blocos de papel colorido do tipo autocolante. Assim, apenas esses blocos necessitarão ser renovados anualmente.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In P. H. F. Campos & M. C. S. Loureiro. (Eds.). **Representações sociais e práticas educativas**, 1 ed. Goiânia: UCG, 2003. p. 37-57.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Formação médica na UFSB: III. Aprendizagem orientada por problemas e competências. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Salvador, v. 42, n. 1, p. 129-141. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022018000100129&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

BONELLI, M. D. G. Os médicos e a construção do profissionalismo médico no Brasil. **História, Ciências e Saúde**, Manguinhos, v. 9, n. 2, p. 431-436. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200011>.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080>.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

BRASIL. Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, v. 99, n. 82, 02 outubro de 2013. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm>. Acesso em: 26 set. 2020>.

BRASIL. Resolução nº CNE/CES 3/2014, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Seção pt, 1, v. 116, n. 96, p. 3. 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>.

CHING, H. Y.; SILVA, E. C. D.; TRENTIN, P. H. Formação por competências: experiência na estruturação do projeto pedagógico de um curso de Administração. **Administração: Ensino e Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 697 – 727. 2014. Disponível em: <<https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/2>>.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. 2013. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>.

CARRER, A. et al. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Cascavel, v. 21, n. 9, p. 2849-2860. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000902849&script=sci_abstract&tlng=.pt>.

CONTI, F. **Biometria**: qui-quadrado. Capítulo 3. 13p. 2009.

COSTA, L. B. et al. Competências e atividades profissionais confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma matriz curricular para residência em medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-11. 2018. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1632>>.

COUTINHO, M. D. P. D. L.; BÚ, E. D. A Técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do softwaer Tri-Deux-Mots (Version 5.2). **Revista Campo do Saber**. v. 3, n. 1, p. 219 – 243. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/view/72/58>>.

CRESSWELL, J. W. **Projetando e Conduzindo Pesquisas de Métodos Mistos**. Milhares de Carvalhos: SagePublications, 2011.

CRUZ, P. O. et al., Percepção da efetividade dos métodos de ensino utilizados em um curso de medicina do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio Grande do Norte, v.43, n.2, p. 40-47. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010055022019000200040&lng=pt&nrm=iso>.

CUSTÓDIO, J. B. et al. Desafios associados à formação do médico em saúde coletiva no curso de Medicina de uma universidade pública do Ceará. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Fortaleza, v.43, n.2, p. 114-121. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-55022019000200114&lng=pt&nrm=iso.

FREI, F. A utilização de Formulários Google para avaliação continuada: aplicações no ensino de estatística para cursos universitários. **Revista Tecnologias na Educação**. Assis, v. 23, n. 9, p. 1-15. 2017. Disponível em: <<http://tecedu.pro.br/wp-content/uploads/2017/12/Art6-vol.23-Dezembro-2017.pdf>>.

GONTIJO, E. D. et al. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belo Horizonte, v. 37, n. 4, p. 526-539. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n4/a08v37n4.pdf>>.

GORZONI, S. D. P.; DAVIS, C. O conceito de profissionalidade docente nos estudos mais recentes. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 47, n. 166, p. 1396-1413. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010015742017000401396&script=sci_abstract&tlng=pt>.

JUSTO, A. M. CAMARGO, B. V. In: Caderno de artigos: X SIAT & II Serpro. **Estudos qualitativos e o uso de software para análises lexicais**. Duque de Caxias: UNIGRANRIO, 2014. p. 165. Disponível em: <<http://www.lageres.wordpress.com>>.

KAM, M. T. M. et al. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio a pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452016000300213&script=sci_abstract&tlng=pt>.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa digital**. Petrópolis: Vozes, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. D. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010

LAZARINI, W. S.; SODRÉ, F. O SUS e as políticas sociais: desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1904-1917. 2019. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1904>>.

MACHADO, L. B.; ANICETO, R. A. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. **Revista Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 67, p. 345 - 364. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ensaio/v18n67/a09v1867.pdf>>.

MACHADO, L. M. et al. The meaning of professional making a family health strategy: primary care as a scenario practice. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 4026-4035. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3384>>.

MACHADO, L. B. M. et al. O currículo de competências do programa de residência em medicina de família e comunidade da faculdade de Medicina da universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-16. 2018. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1602>>.

MENDONÇA, E. T. et al. Avaliação do profissionalismo em estudantes da área da saúde: uma revisão sistemática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Viçosa, v. 20, n. 58, p. 679-690. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832016005010101&script=sci_abstract&tlng=pt>.

MENEZES, E. L. C. et al. Manners of producing care and universality of access in primary health care. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 888-903. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902017000400888&lng=en&nrm=iso&tlng=en>.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14ªed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. D. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social Teoria Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2019.

MIRANDA-SÁ JR, L. S. **Uma introdução a medicina: o médico**. Brasília: CFM, 2013.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciências & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 13, Supl. 2., p. 2133-2144. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s141381232008000900018&script=sci_abstract&tlng=pt>.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). p. 177-224.

MONTEIRO, R. **Profissão Docente: profissionalidade e autoregulação**. Porto Alegre: Cortez, 2015.

NAIDOO, S. Professionalism. **Ethics Case**, Johannesburg, v. 71, n. 4, p. 166-167. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001185162016000400010>.

NASCIMENTO, D.D.C., OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.4, p. 814-827, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902010000400009&script=sci_abstract&tlng=pt>.

OLIVEIRA, G. W. B.; JACINSK, L. Desenvolvimento de questionário para coleta e análise de dados de uma pesquisa, em substituição ao modelo Google Forms. 2017. Monografia (Técnico) - Curso de Informática, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Paraná, SC, 2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n., p. 158-164. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>.

OLIVEIRA, N. M. F. et al. Conhecimento de alunos de Medicina do centro universitário do estado do Pará sobre a residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belém, v. 43, n. 1, p. 32-38. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n1/1981-5271-rbem-43-1-0032.pdf>>.

PERRENOUD, Philippe. **Dez novas competências para ensinar**: convite à viagem. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PINTO, H. A. et al. O programa mais médicos e a mudança do papel do estado na regulação e ordenação da formação médica. **Revista Interface**: comunicação, saúde, educação. Botucatu, v. 23, Supl. 1, p. 1-15.2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832019000600400&script=sci_abstract&tlng=pt>.

PORTO, M. M. A. Construção de uma matriz de competências para profissionalismo médico no Brasil. 2018. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2018.

RANDALL, V. F. et al. Defining medical professionalism across the years of training and experience at the uniformed services university of the health sciences. **Military Medicine**, v. 181, n. 10, p. 1294-1299. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27753566/>>.

REDE NORDESTE DE SAÚDE DA FAMÍLIA. RENASF histórico. Eusébio, 2012. Disponível em: <<https://renasf.fiocruz.br/historico>>. Acesso em: 23 setembro de 2020.

REGO, S. O profissionalismo e a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 445-446. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/01.pdf>>.

REY-GAMERO, A. C.; ACOSTA-RAMÍREZ, N. El enfoque de competencias para los equipos de atención primaria em salud: una revisión de literatura. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá, v. 12, n. 25, p. 28-39. 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/545/Resumenes/Resumen_54529181003_1.pdf>.

RIBEIRO, A. F. et al. A competência profissional e a Estratégia de Saúde da Família: discurso dos profissionais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 136-144. 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14210>>.

SALVIATI, M. E. Manual do aplicativo iramuteq: (versão 0.7 alpha 2 e r versão 3.2.3). 2017. planaltina. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>>.

SANTOS, W. et al. Medical professionalism: the effects of sócio demographic diversity and curricular organization on the attitudinal performance of medical students. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 41, n. 4, p. 594-603. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbem/v41n4/0100-5502-rbem-41-04-0594.pdf>>.

SANTOS, A. IBM SPSS Como ferramenta de pesquisa quantitativa. 2018. 178 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

SHERER, M. D. A. et al. Cursos de especialização em saúde da família: o que muda no trabalho com a formação? **Interface: comunicação, saúde, educação**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 58, p. 691-702. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/KMgLGhntS8DXjtWKJdznW9G/?lang=pt>>.

SOARES, M. B.; MACHADO, L. B. O núcleo central das representações sociais de violência contra o professor. **Interações**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 45, p. 59 – 76. 2017. Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/4178>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. SBMFC: história. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/historia>>. Acesso em: 23 setembro de 2020.

TAROCO, A. P. R. M.; TSUJI, H.; HIGA, E. F. R. Currículo orientado por competência para a compreensão da integralidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 12-21. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010055022017000100012&script=sci_abstract&tlng=pt>.

VARELA, D. S. S. et al. Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação de profissionais para o SUS. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, v. 6, n. 3, p. 39-43. 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/328198203_Diretrizes_Curriculares_Nacionais_e_a_Formacao_de_Profissionais_para_o_SUS>.

VEIGAS, I.P.A. **Projeto político-pedagógico da escola: uma construção coletiva**. Campinas: Papyrus, 2001.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.27, n.4, p. 521-526, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722011000400017>.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: estudo de caso planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – CHECK LIST

EXPRESSÕES/PALAVRAS A SEREM VERIFICADAS	PPC IES-A (indicar página)
<p>Competência cultural</p> <ul style="list-style-type: none"> - valores sócio-culturais - minorias étnicas - povos tradicionais - tomada de decisões - determinantes sociais da saúde - planos diagnósticos e terapêuticos - realidade socioeconômica - valores, crenças e costumes 	
<p>Comprometimento com aspectos éticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - discrição, confidencialidade - bem-estar dos pacientes - gerenciamento honesto dos conflitos - autonomia do paciente - compartilhamento de decisões 	
<p>Compromisso com a competência técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> - prevenção, diagnóstico e tratamento - anamnese/exame físico - raciocínio clínico lógico - hipóteses diagnósticas coerentes - limitações - educação permanente - atualização do conhecimento - racionalidade 	
<p>Compromisso com o paciente, o serviço de saúde e a profissão</p> <ul style="list-style-type: none"> - gerenciamento do tempo - cumprimento de carga horária - pontualidade - valorização da profissão 	

- valorização dos acompanhantes	
Habilidade de comunicação e colaboração - avaliação da compreensão das orientações - atenção ao paciente - autonomia do paciente - orientação/esclarecimento - diálogo/escuta ativa - ambiente colaborativo - trabalho em equipe - registro de procedimentos - formas de linguagem acessíveis	
Prática reflexiva e autoconhecimento - qualidade de vida - auto avaliação sistemática - possibilidade de falha ou iatrogenia - correção de seus erros	
Responsabilidade social -senso de cidadania - responsabilidade social - preocupação com bem-estar da coletividade	

APÊNDICE B – TALP

Se eu lhe digo “profissionalismo médico”, o que vem à sua mente? Escreva 5 palavras (somete palavras!) que para você caracterizam que você pensa sobre este tema.

Agora, repita as 5 palavras que você escreveu na questão anterior, colocando-as em ordem de importância, sendo a palavra 1 a mais importante e a 5 menos importante para você.

1° _____

2° _____

3° _____

4° _____

5° _____

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOBRE PROFISIONALISMO

I. QUESTÕES PESSOAIS

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____

Cor auto-declarada: () branca () preta () parda () amarela () indígena () outros

Estado Civil: () Solteiro () Casado () União estável () Separado () Divorciado () Viúvo

II. COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONALISMO MÉDICO

Pontue as competências profissionais listadas a seguir de acordo com a frequência com que você considera que utilizou/realizou cada uma delas durante o seu interno de Saúde da Família.

Para cada uma, assinale a opção conforme a escala fornecida:

1=Nunca; 2=Poucas vezes; 3=Na metade das vezes; 4=Na maioria das vezes; 5=Todas as vezes.

COMPETÊNCIAS (DOMÍNIOS E ATRIBUTOS)	PONTUAÇÃO				
	1	2	3	4	5
Competência cultural					
Reconhece e incorpora os valores sócio-culturais das minorias étnicas e povos tradicionais na tomada e no compartilhamento de decisões					
Utiliza os determinantes sociais da saúde na elaboração de planos diagnósticos e terapêuticos adequados à realidade socioeconômica e coerente aos valores, crenças e costumes dos pacientes e comunidade					
Comprometimento com aspectos éticos					
Atua com discrição, mantendo a confidencialidade sobre às informações relativas às pessoas sob seus cuidados					
Coloca o bem-estar dos pacientes à frente dos seus interesses financeiros e corporativos, gerenciando honestamente seus conflitos de interesse					
Permite e estimula a autonomia do paciente na construção do plano terapêutico, através do compartilhamento de decisões					
Compromisso com a competência técnica					
Previne, diagnostica e trata clinicamente as doenças e agravos prevalentes na região onde atua					

Realiza anamnese, reconhecendo os seus elementos centrais					
Realiza exame físico e integra seus achados com a história clínica, elaborando raciocínio clínico lógico e formulando hipóteses diagnósticas coerentes					
Reconhece suas limitações e identifica suas necessidades de educação permanente, comprometendo se com a aprendizagem ao longo da vida, com atualização e aprimoramento do seu conhecimento científico, das suas habilidades clínicas e relacionais					
Utiliza racionalmente os recursos diagnósticos e terapêuticos através de noções de custo-efetividade e risco-benefício, embasados nas melhores evidências científicas					
Compromisso com o paciente, o serviço de saúde e a profissão					
Gerencia adequadamente o tempo de atendimento					
Cumprir a carga horária de trabalho					
Mantém a pontualidade					
Valoriza a profissão					
Valoriza os acompanhantes					
Habilidade de comunicação e colaboração					
Avalia se o paciente, seus familiares e os membros da equipe compreenderam as orientações e recomendações orais ou escritas					
Demonstra atenção no atendimento do paciente					
Estimula e respeita a autonomia do paciente na construção do plano terapêutico, através do compartilhamento de decisões					
Orienta e esclarece o paciente, família e comunidade em todos os passos do processo de investigação diagnóstica e na indicação de medidas profilático-terapêuticas					
Promove o diálogo regido pela escuta ativa, evitando julgamentos e cerceamento de fala					
Promove um ambiente colaborativo para o trabalho em equipe					
Registra procedimentos clínicos ou cirúrgicos de modo organizado e legível					
Utiliza formas de linguagem acessíveis, nas formas não-verbal, verbal e escrita, respeitadas e adequadas ao seu interlocutor					

Prática reflexiva e autoconhecimento					
Preza pela sua qualidade de vida					
Realiza auto avaliação sistemática através da reflexão sobre seus atos e sentimentos					
Reconhece a possibilidade de falha ou iatrogenia das suas condutas, mitiga suas consequências e corrige seus erros					
Responsabilidade social					
Atua com senso de cidadania e responsabilidade social, demonstrando preocupação com o bem-estar da coletividade					

Baseado em: PORTO, M. M. D. A. **Construção de Matriz de Competências para Profissionalismo Médico no Brasil**. 2018. 217 f. Tese (Doutorado em Saúde) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP.

APÊNDICE D– TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou NATÁLIA CAMPOS PARENTE, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/Polo Ceará. Convido-lhe a participar de forma voluntária do estudo que estou desenvolvendo intitulado “Expressividade do Profissionalismo Médico no internato de Medicina em Saúde da Família”, sob orientação da Professora Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado e da Professora Dra. Maria Rosilene Cândido Moreira.

Esse estudo tem como objetivo analisar a expressividade do profissionalismo médico como competência profissional na formação médica em Saúde da Família, utilizando como referencial teórico a Matriz de Competências do Profissionalismo Médico no Brasil, uma vez que o desenvolvimento de competências apresenta-se como uma perspectiva para a formação dos profissionais de saúde, apoiadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina 2014, tornando-os mais seguros e efetivos na realização das práticas em profissionalismo médico, inferindo na qualidade da assistência ao indivíduo e coletividade, e possivelmente, otimizando os recursos e demandas dos serviços de saúde.

Pela importância e relevância da temática, convidamos você a participar deste estudo. Se aceitar, responderá à Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) a partir de um estímulo indutor e, posteriormente, a um questionário autoaplicável online por meio de endereço eletrônico, contendo perguntas abertas e fechadas. Caso necessite de esclarecimentos, a pesquisadora está disponível para este fim.

Ressalta-se que asseguramos o anonimato na divulgação do estudo, pois estimamos pela ética, sigilo e confidencialidade das informações, usando-as apenas para fins científicos, tentando reduzir ao máximo os riscos e quaisquer constrangimentos durante a pesquisa. Além disso, se desejar, poderá ter acesso em qualquer momento às informações da pesquisa, como também ao esclarecimento das suas possíveis dúvidas.

A sua participação no estudo é voluntária, sem riscos e sem custos, tendo a liberdade de desistir em qualquer momento, sem penalização.

Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir de participar do estudo.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos do estudo pode procurar a autora responsável Natália Campos Parente no endereço: Rua Miguel Limaverde, 555, Centro, Crato-CE, CEP: 63.105-120. CEL: (88) 9.9917-5424, e-mail: natyparente@hotmail.com

Ciente dessas informações, assine este termo se concordar em participar do estudo.

Crato-CE, _____ de _____ de 2020

.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora