



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

TERESA CHRISTINA DA CRUZ BEZERRA

**EDUCAÇÃO MÉDICA: DA PEDAGOGIA DO
SOFRIMENTO À POSSIBILIDADE DE UMA
PEDAGOGIA DA AMOROSIDADE NA
RESIDÊNCIA MÉDICA**

Belém-Pará

2024





Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Sociais e Educação
Programa de Pós Graduação em Educação

**EDUCAÇÃO MÉDICA: DA PEDAGOGIA DO SOFRIMENTO À
POSSIBILIDADE DE UMA PEDAGOGIA DA AMOROSIDADE NA
RESIDÊNCIA MÉDICA**

Doutoranda: Teresa Christina da Cruz Bezerra
Orientadora: Dra. Ivanilde Apoluceno de Oliveira

Belém-Pará
2024

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) de acordo com o ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade do Estado do Pará**

B574 Bezerra, Teresa Christina da Cruz

Educação médica: da pedagogia do sofrimento à possibilidade de uma pedagogia da amorosidade na residência médica / Teresa Christina da Cruz Bezerra. — Belém, 2024.
227f.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ivanilde Apoluceno de Oliveira
Tese (Programa de Pós-Graduação em Educação) - Universidade do Estado do Pará, Campus I - Centro de Ciências Sociais e Educação (CCSE), 2024.

1. Residência médica. 2. Sistema único de saúde. 3. Pedagogia do sofrimento. 4. Pedagogia humanista de Paulo Freire. I. Título.

CDD 22.ed. 371.91

Elaborada por Priscila Melo CRB2/1345

TERESA CHRISTINA DA CRUZ BEZERRA

**EDUCAÇÃO MÉDICA: DA PEDAGOGIA DO SOFRIMENTO À
POSSIBILIDADE DE UMA PEDAGOGIA DA
AMOROSIDADE NA RESIDÊNCIA MÉDICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade do Estado do Pará para obtenção do título de Doutora sob orientação da professora Dra. Ivanilde Apoluceno de Oliveira.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Alder de Sousa Dias – UFPA (membro externo)

Dra. Dirce Nascimento Pinheiro – UFPA (membro externo)

Dra. Elizabeth Teixeira – UFPA (membro externo)

Dra. Maria do Perpétuo Socorro Gomes de Sousa Avelino de França – UEPA (membro interno)

Dra. Tânia Lobato dos Santos – UEPA (membro interno)

*À menina dos rabiscos, das cores e das perguntas,
minha filha Maria Luísa.*

*À minha mãe, Teresinha, mulher que ama as palavras
e todas as suas possibilidades.*

Ao meu padrinho Gilberto Bezerra (in memoriam).

*Às residentes médicas e aos residentes médicos que
transgrediram para anunciar a educação como
prática de liberdade.*

AGRADECIMENTOS

À Espiritualidade, à Mãe Natureza, À Deus e a todo Sagrado que me permite viver em amor, esperança e encantamento.

À minha mãe Teresinha, por ser minha parceira incontestada na vida e na criação da minha cria. Te amo mãe.

À minha filha Maria Luísa, agradeço pela paciência e amor nesse período em que por muitas horas permaneci solitária na escrita. Obrigada por me dar jeito novo de olhar a vida.

Ao meu irmão Marcus Lázaro e minha cunhada Jéssica Bronze, por ser ânimo e alegria durante os dias conturbados. Vocês sempre estão comigo, apesar da distância geográfica.

À minha tia Flor Bezerra, de quem herdei o amor pela educação.

À minha família Cruz Bezerra, que me possibilita pertencer ao mundo. Tias, tios, primas e primos que são aconchego e me emprestam lares, sofás e camas para que eu consiga estudar longe de casa.

À amiga e irmã nesta jornada terrena, Maria Aparecida, por me levar para ver o rio quando o desânimo fazia pouso. Tua força e resiliência são inspiração.

À amiga Virna Lins por sua solidariedade, ética e amor comigo e com minha família.

À minha amiga e companheira de SUS, Angélica Pezzin, que chegou em minha vida durante a pandemia e me fez resistir com sua solidariedade e amizade.

À minha amiga Elaine Lopes, compreensível em minhas ausências, mas sempre disposta a me fazer sorrir.

À minha amiga Dani Duprat por toda paciência e amor ao longo dos anos.

Ao meu amigo e compadre Antônio Sales e toda sua família pelo afeto e cuidado comigo e com a minha cria.

Às amigas e colegas de profissão Cláudia Costa, Sheila Alcolumbre e Simone Wanzeler pelo incentivo e apoio durante este percurso. Sororidade sempre!

Às companheiras e aos companheiros do Sistema Único de Saúde que possibilitaram um olhar atento para as questões da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Ana Sato, Auriceli Souza, Andrey, Alberto Soares, Cláudia Irene, Cristiane do Nascimento, David Figueiredo, Dirce Pinheiro, Franci Gomes, Ilma Pastana, Noêmia

Maues, Erik Pinho, Eunice Begot, Joel Pixuna, Leonardo Ramos, Maria do Carmo Gobitsch, Natacha Cunha, Nei Oliveira, Raquel Cristina, Regina Reis, Samela Galvão, Sônia Bahia, Terezinha Cordeiro, para citar alguns.

Às alunas e aos alunos de graduação e de pós-graduação com quem tenho a possibilidade de aprender e me reinventar diariamente.

À minha orientadora, professora Dra. Ivanilde Apoluceno de Oliveira, por facilitar a minha caminhada na filosofia da educação e por me apresentar possibilidades reais para esperar. Agradeço por toda ética e por todo amor investidos nesta relação pedagógica, nesta relação humana. Sua sempre “desorientanda”.

À mana Kássya Rodrigues e ao mano Henrique Moraes, meus colegas de doutorado e parceiros de escrita. Nossa conexão é para além.

À mana Caroline Barros por facilitar a minha aventura no mundo virtual. Tuas dicas tornaram as tecnologias educacionais mais familiares.

À minha turma de Doutorado com quem dividi o espaço virtual durante a aventura incerta de cursar uma pós-graduação na pandemia. Sobrevivemos em meio a dor, um pouco mais ansiosos, desatentos, estressados. Transgredimos e nos reinventamos com paciência, solidariedade, tolerância e cuidado mútuo.

Ao corpo docente e aos técnicos administrativos do PPGED/UEPA pela parceria nesta caminhada.

À Cilanna Moraes por toda sua experiência e saber no manejo da Plataforma Brasil. Sem você demoraria um pouco mais para iniciar a coleta de dados.

Ao médico ortopedista João Paulo Cavalcante e ao fisioterapeuta Lauro Lincoln pelo cuidado após o acidente. Suas orientações e zelo me ajudaram a retomar a escrita.

Às companheiras e aos companheiros do Movimento Nacional em Defesa das Residências em Saúde. Nossa luta é em defesa da vida! Nossa luta é em defesa do SUS! Nossa luta é por uma Política Nacional que torne mais humanizada a formação em saúde!

Às residentes médicas e aos residentes médicos que me oportunizaram a escuta de suas narrativas. Suas vivências e vozes residem em mim, para sempre.

Aos membros da banca examinadora que dedicaram tempo de suas vidas para leitura desta tese de doutoramento.

*No fundo, eu vinha educando a minha esperança
enquanto procurava a razão de ser mais profunda
de minha dor. Para isso, jamais esperei que as
coisas simplesmente se dessem. Trabalhei as coisas,
os fatos, a vontade. Inventei a esperança concreta
em que um dia me veria livre de meu mal-estar.*

Paulo Freire, no livro “Pedagogia da Esperança: um
reencontro com a Pedagogia do Oprimido” (2021, p. 31).

*E quando falamos temos medo
de nossas palavras não serem ouvidas
nem bem-vindas
mas quando estamos em silêncio
ainda assim temos medo.
É melhor falar então
lembrando
sobreviver nunca foi nosso destino.*

Poema de Audre Lorde, “A Litany for Survival”, citado
por Bell Hooks no livro “Erguer a voz: pensar como
feminista, pensar como negra” (2019, p. 54).

RESUMO

A presente tese resulta de uma pesquisa de campo, que teve como participantes, médicas e médicos residentes, que foram entrevistados no período de março a maio de 2023, nas dependências de um Hospital Público Estadual, na Região Metropolitana de Belém, no Estado do Pará. O estudo qualitativo de abordagem fenomenológica, busca compreender as práticas educativas e fundamentos pedagógicos subjacentes que ocorrem no contexto de um programa de residência médica para anunciar indicadores pedagógicos e metodológicos a partir da ótica das/os residentes e da educação humanista de Paulo Freire em conformidade ao processo de humanização apontado pelo SUS. Investiga-se a formação médica especializada, em busca das razões, a partir da narrativa dos participantes da pesquisa, para um cuidado médico tão descolado dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Assim, traz como questão-problema para investigação: O ensino em programa de residência médica nos hospitais se caracteriza como um ensino de opressão, uma pedagogia do sofrimento? Os resultados expressam que ao longo do tempo se instaurou um processo formativo de pouca base pedagógica, a promover os valores "bancários" e a destacar o autoritarismo, a alienação, a dominação, o silenciamento e tantas outras características que têm relação direta com sociedades capitalistas, que em outros termos colocam o ser humano em segundo plano, promovendo, assim, a desumanização. Exatamente pela denúncia de pouca densidade pedagógica na formação de médicas/os residentes, e pouco se considerar seriamente uma educação médica, instalou-se uma pedagogia do sofrimento. Como anúncio ético-crítico libertador, considerou a realidade dos sujeitos da pesquisa, por meio de registros de campo (entrevistas), aliados com um referencial teórico predominantemente embasado em Paulo Freire, Enrique Dussel e Bell Hooks. A partir desses elementos, é proposta uma pedagogia da amorosidade, assim como princípios pedagógicos que apontam para prática educativas emancipatórias, por isso, humanizadoras, o que vai ao encontro dos princípios que constituem o próprio SUS. A tese é, portanto, uma denúncia — anúncio de outra possibilidade para a educação médica, educação comprometida ético e politicamente com os seres humanos e refazedora da esperança no cotidiano do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Residência Médica; Sistema Único de Saúde; Pedagogia do Sofrimento; Pedagogia Humanista; Paulo Freire; Bell Hooks.

ABSTRACT

This thesis is the result of field research involving resident physicians who were interviewed from March to May 2023 at a State Public Hospital in the Metropolitan Region of Belém, in the State of Pará. The qualitative study, with a phenomenological approach, seeks to understand the educational practices and underlying pedagogical foundations that occur in the context of a medical residency program to announce pedagogical and methodological indicators from the perspective of residents and Paulo Freire's humanistic education in accordance with the humanization process indicated by the SUS. The specialized medical training is investigated, seeking the reasons, based on the narrative of the research participants, for medical care so detached from the principles and guidelines of the Unified Health System. Thus, it raises the following question for investigation: Is teaching in medical residency programs in hospitals characterized as a teaching of oppression, a pedagogy of suffering? The results show that over time a training process with little pedagogical basis was established, promoting "banking" values and highlighting authoritarianism, alienation, domination, silencing and many other characteristics that are directly related to capitalist societies, which in other words place the human being in second place, thus promoting dehumanization. Precisely because of the denunciation of little pedagogical density in the training of medical residents, and little serious consideration of medical education, a pedagogy of suffering was established. As a liberating ethical-critical announcement, it considered the reality of the research subjects, through field records (interviews), combined with a theoretical framework predominantly based on Paulo Freire, Enrique Dussel and Bell Hooks. Based on these elements, a pedagogy of lovingness is proposed, as well as pedagogical principles that point to emancipatory and therefore humanizing educational practices, which are in line with the principles that constitute the SUS itself. The thesis is, therefore, a denunciation — an announcement of another possibility for medical education, an education that is ethically and politically committed to human beings and that restores hope in the daily routine of health care.

Keywords: Medical Residency; Unified Health System; Pedagogy of Suffering; Humanistic Pedagogy; Paulo Freire; Bell Hooks.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURA 1 – Relação pedagógica na residência médica na perspectiva de treinamento em serviço
- FIGURA 2 – Fluxograma de Seleção dos Estudos no período de 2016 a 2021.
- FIGURA 3 – Tabela com os artigos selecionados na pesquisa. Belém, Pará, Brasil, 2021.
- FIGURA 4 – Tabela de identificação das/dos participantes da pesquisa.
- FIGURA 5 - O Movimento ético-libertador de Enrique Dussel
- FIGURA 6 – Movimento ético-libertador da saúde no Brasil iniciado no final dos anos 70
- FIGURA 7 – Paradigmas da formação em saúde
- FIGURA 8 – Criação e regulamentação da residência médica no Brasil
- FIGURA 9 – O amor na prática pedagógica
- FIGURA 10 – Teoria da ação dialógica de Paulo Freire
- FIGURA 11 – O diálogo em Paulo Freire
- FIGURA 12 – Alteridade na prática educativa e no cuidado em saúde
- FIGURA 13 – A conscientização em Paulo Freire
- FIGURA 14 – Nuvem de palavras
- FIGURA 15 – Análise de similitude
- FIGURA 16 – Dendograma Análise de Classificação Hierárquica Descendente
- FIGURA 17 - Estrutura hierarquizada de relações na formação médica especializada
- FIGURA 18 – Estrutura legal de um programa de residência médica e seus atores sociais
- FIGURA 19 – Preceptoría médica enquanto ação de estender conhecimento
- FIGURA 20 – Relação preceptor – residente na perspectiva da invasão cultural freireana
- FIGURA 21 – Pedagogia do sofrimento na residência médica
- FIGURA 22 – A estética da pedagogia do sofrimento
- FIGURA 23 – A prática educativa freireana
- FIGURA 24 - Componentes fundamentais da prática educativa segundo Freire (2020)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB – Associação Médica Brasileira

CEREM – Comissão Estadual de Residência Médica

CME – Comissão Mista de Especialidades

COREMU – Comissão de Residência Multiprofissional

COREME – Comissão Nacional de Residência Médica

CRM – Conselho Regional de Medicina

CFM – Conselho Federal de Medicina

DENEM – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

EUA – Estados Unidos da América

FMB – Federação Médica Brasileira

IES – Instituições de Ensino Superior

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IRaMuTeQ – Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes ET de Questionnaires

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MEC – Ministério da Educação

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS

PRM – Programa de Residência Médica

Pró-Residência – Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas

RM – Residente Médico/a

SESPA – Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará

SINPAS – Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Contextualização do objeto de estudo	12
1.1.1. Inserção e atuação no contexto temático	12
1.1.2. Situação problema	18
1.2. Objetivos	28
1.2.1. Objetivo geral	28
1.2.2. Objetivos específicos	28
2. O PERCURSO METODOLÓGICO	30
2.1. Revisão integrativa da literatura	30
2.1.1. Prevalência da Síndrome de <i>Burnout</i> e estressores em residentes médicos	35
2.1.2. <i>Burnout</i> , Estressores e Ambiente de Aprendizagem: impactos para a formação de médicos residentes	36
2.1.3. Estratégias de prevenção e redução dos danos relacionados aos impactos do estresse e <i>Burnout</i> em programas de residência médica	40
2.2. Trajetória metodológica	43
2.2.1. Tipo, abordagem e método da pesquisa	43
2.2.2. Local da pesquisa	45
2.2.3. Conhecendo as/os participantes da pesquisa	45
2.2.4. Estratégias metodológicas	55
2.2.4.1. Entrevistas semiestruturadas	56
2.2.4.2. Levantamento bibliográfico	59
2.2.4.3. Levantamento documental	60
2.2.5. Sistematização e análise das informações	61
2.2.6. Análise das informações com o uso do software IRaMuTeQ	62
2.2.7. Cuidados éticos	63
3. O MOVIMENTO ÉTICO-LIBERTADOR DA SAÚDE NO BRASIL: REFLEXÕES A PARTIR DA ÉTICA DA LIBERTAÇÃO DE ENRIQUE DUSSEL	64
3.1. O abraço ético dusseliano aos ninguéns da Latinoamérica e do mundo	64
3.2. O Movimento Ético – Libertador de Enrique Dussel	68
3.3. Saúde Pública no Brasil: Colonização, Independência e Ditadura Militar	71
3.4. O Início Do Movimento Ético-Libertador da Saúde no Brasil: as lutas pelo direito à saúde a partir de 1970	74
4. A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, POR UMA PEDAGOGIA CRÍTICA FREIREANA	82
4.1. A Residência Médica e o Sistema Único de Saúde	88
4.2. Os impactos do Sistema Único De Saúde (Sus) sobre o ensino na Residência Médica	93
5. PARA UMA PRÁXIS PEDAGÓGICA CRÍTICA FREIREANA NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS	100
5.1. O amor na prática pedagógica	100

5.2. O diálogo freireano, por uma ação pedagógica humanizadora na formação médica	105
5.3. Alteridade na relação ensino-aprendizagem	109
5.4. A conscientização na prática educativa, por um encontro de sujeitos	113
6. O ENSINO NA RESIDÊNCIA MÉDICA: O QUE A NUVEM DE PALAVRAS, A CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE E AS NARRATIVAS DOS SUJEITOS REVELA?	119
6.1. A Nuvem de Palavras	119
6.1.1. Residência	120
6.1.2. A figura do Chefe	123
6.1.3. O Preceptor	125
6.1.4. Sobre a “coisa” que falta	128
6.2. Análise de similitude e classificação hierárquica descendente	137
6.2.1. Núcleo central verde	137
6.2.2. Núcleos: azul e rosa	139
6.2.3. Núcleo: roxo	141
6.2.4. Núcleo amarelo	143
6.2.5. Núcleo vermelho	145
6.3. Análise de Classificação Hierárquica Descendente	147
6.3.1. Classe 1: Residência médicas: características gerais, papéis sociais e relações interpessoais	148
6.3.1.1. Hierarquia de papéis sociais	149
6.3.1.2. Desigualdades de gênero: subalternidade e preconceito com a mulher	158
6.3.2. Classe 2 – Relação pedagógica e humanização: críticas e contribuições para a formação do (a) residente médico (a)	168
6.3.2.1. Residência médica: desumanização, formação prática, tecnicista e pedagogia do sofrimento	169
6.3.2.2. Invasão cultural	174
6.3.2.2. Formas de fazer preceptoria: pedagogia do sofrimento e pedagogia dialógica e crítica	177
6.3.2.2.1. Pedagogia do sofrimento (refutada pelos residentes)	174
6.3.2.2.2. Pedagogia humanizadora, dialógica e crítica (almejada pelos residentes)	181
6.3.2.2.3. Formação do preceptor	189
6.3.3. Classe 3 – Da escolha ao ingresso: as expectativas dos residentes médicos quanto à residência médica	193
6.3.4. Classe 4 – Funcionamento, rotina e carga horária: sugestões para a reestruturação da residência médica	202
6.3.4.1. Funcionamento e rotina	203
6.3.4.2. A carga horária	205
6.3.4.3. Relação teoria - prática	211
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	220
REFERÊNCIAS	227

1. INTRODUÇÃO

Na introdução será contextualizado o objeto de estudo e a situação problema a partir do diálogo entre minhas experiências como discente, docente e como terapeuta ocupacional e a bibliografia pertinente ao tema. Descrever-se-á, ainda, a proposição de tese e os objetivos do estudo após o delineamento do problema.

1.1. Contextualização do objeto de estudo

1.1.1. Inserção e atuação no contexto temático

Meu percurso inicia em Belém do Pará, em um processo de formação superior na área da saúde, na Universidade do Estado do Pará, no ano de 1998. O curso escolhido foi o de Terapia Ocupacional, uma graduação que ensaiava uma ruptura com a formação tecnicista, biologicista, com a hegemonia do cuidado pautado na doença, para tratar de sujeitos, suas questões históricas e sociais, enraizadas no território paraense: analfabetismo, desigualdades sociais, pobreza, desemprego, violência, ausência de saneamento básico, para citar algumas. O viés da Terapia Ocupacional Social trabalha com base em questões que emergem das contradições de sociedades marcadas pela produção da desigualdade (Cavalcanti; Galvão, 2007), prenunciava um futuro encontro com a educação crítica e libertadora.

Concluí a graduação em 2003. Após formada segui um percurso formatado, tornei especialista em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais na cidade de Belo Horizonte, em 2008. A predileção pelas disciplinas de antropologia, pelos aspectos sociais, aspectos econômicos do envelhecimento, pelas políticas públicas de atenção a pessoa idosa anunciavam novamente a vocação para o social. Entretanto, a maioria das disciplinas me conformaram como uma especialista em protocolos, testes e análise de riscos para a população em envelhecimento.

De 2006 a 2009, período em que residi em Belo Horizonte, minhas experiências profissionais foram em instituições de longa permanência para idosos e em atendimentos individualizados voltados para a reabilitação física e cognitiva na velhice. Ao rememorar os inúmeros encontros para o cuidado com o outro, assombra constatar que me tornei uma máquina prescritiva. Prescrevi atividades, testei desempenhos, avaliei resultados, planejei rotinas desconsiderando, muitas vezes, dores, amores, frustrações e sonhos que gravitaram nos espaços de cuidado. Tornei-me uma especialista prescritiva da desesperança, um

produto desumano moldado na cientificidade acadêmica, conforme descrito por Morin (2013, p. 15):

Os sistemas de ensino nos ensinaram a isolar os objetos (de seu meio ambiente), a separar as disciplinas (em vez de reconhecer suas correlações), a dissociar os problemas, em vez de reunir e integrar. Assim, obrigam-nos a reduzir o complexo ao simples, isto é, a separar o que está ligado; a decompor, e não a recompor; e a eliminar tudo que causa desordens ou contradições em nosso entendimento... O pensamento que recorta, isola, permite que especialistas e experts tenham ótimo desempenho em seus compartimentos e cooperem eficazmente nos setores não complexos de conhecimento, notadamente os que concernem ao funcionamento das máquinas artificiais; mas a lógica a que eles obedecem estende à sociedade e às relações humanas os constrangimentos e os mecanismos inumanos da máquina artificial e sua visão determinista, mecanicista, quantitativa, formalista; e ignora, oculta ou dilui tudo que é subjetivo, afetivo, livre e criador.

Com o título de especialista, prescrevi aos velhos como envelhecer. Recortei, isolei, quantifiquei, seguindo critérios epidemiológicos. Ofertei cuidado, ditei modos de vida, segundo uma visão determinista e biologicista da vida humana. Felizmente, minha prática foi confrontada por um grupo de idosos, que ansiavam por pactuar o processo de cuidado, através do diálogo e da troca de saberes.

Era setembro de 2009. Havia retornado para Belém do Pará em agosto do mesmo ano com a família. Com uma especialização ainda escassa no Pará, fui convidada à docência no I Curso de Especialização em Gerontologia da Universidade do Estado do Pará. Dividi a disciplina “Reabilitação Gerontológica” com outros dois colegas terapeutas ocupacionais que haviam sido meus professores na graduação. Concomitantemente, comecei a planejar a execução de uma “Oficina de Memória para Idosos”, projeto solicitado pela equipe multiprofissional que atuava no Hospital da Aeronáutica de Belém junto às pessoas idosas do Grupo Renascer, um grupo de educação e saúde que abrigava militares reservistas e dependentes acima de 60 anos, de militares na ativa.

Fundamentada em teorias científicas sobre a velhice, abastecida de avaliações cognitivas, apresentei a proposta às pessoas idosas com uma postura messiânica de salvação. No diálogo que se estabeleceu posteriormente, os seres humanos em processo de envelhecimento, embora ansiosos pelo cuidado, revelaram o desejo de planejar a oficina coletivamente, com um cuidar empático, sem imposições, que considerasse suas experiências de vida.

Levada por esse fazer compartilhado, repensei minha prática. Não abandonei as teorias e as técnicas, pois reconheço a validade, mas passei a refletir criticamente sobre elas. Considerei o lugar de fala das pessoas idosas ali situadas, permiti ouvir esses sujeitos, tentando entender como vivem suas velhices, destacando delas as constantes e

dando as razões de suas diferenças (Beauvoir, 1990). Esse inacabamento constante culminava num exercício de criatividade, numa práxis dialógica e amorosa, num compartilhamento coletivo de saberes sobre velhices.

O deslocamento para o social do envelhecer aflorou o desejo do mestrado em Gerontologia Social na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, no qual ingressei em 2011. O programa de mestrado, reconhecidamente interdisciplinar e fundado, majoritariamente, nas ciências sociais, me apresentou Paulo Freire durante a disciplina “Educação e Longevidade” ministrada pela professora Nádia Dumara Ruiz Silveira. Li as obras: “Pedagogia da Autonomia”, “Conscientização” e “Educação e Mudança”. Durante a escrita da dissertação “Memórias de uma prática: experiência em oficina cognitiva para idosos”, lembrei minha prática no grupo de idosos do Hospital da Aeronáutica de Belém, ancorada timidamente nas categorias freireanas do diálogo e da conscientização. Retornei aos autores da Terapia Ocupacional Social. Refiz trajetos, desconstruí ideias, ressignifiquei afetos. “Escrevi procurando com muita atenção o que se estava organizando em mim” (Lispector, 1999, p. 285).

Em 2012, fui contratada como Terapeuta Ocupacional na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, com lotação na clínica médica. O hospital é uma instituição voltada para a assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nas referências de Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia para os 144 municípios paraenses. Concluí o mestrado em 2013, enquanto atendia adultos e idosos internados.

Ao estabelecer um diálogo sobre as práticas de cuidado e de ensino, por meio de um processo de ação e reflexão, logo me tornei preceptora de residentes de Terapia Ocupacional que transitavam na clínica médica. Por conseguinte, acumulei a função de Coordenadora de Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular e coordenei a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) do hospital, com todos os desafios da educação profissional na área da saúde.

Em 2014 tive a possibilidade de cursar uma Especialização em “Educação para preceptores do SUS” do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) cujo propósito é apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde.

Nessa especialização, confrontei-me com a minha trajetória, da escola até a pós-graduação. Fui tocada pela metodologia ativa, pelo processo de avaliação da

aprendizagem e pelo diálogo ético-crítico com a minha orientadora/educadora do trabalho de conclusão do curso. Várias questões foram mobilizadas em mim. Entretanto, a questão que mais me desorganizou, foi a feitura do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC); tratava-se de um portfólio crítico-reflexivo, no qual eu precisava falar sobre mim, sobre o meu processo de ensino-aprendizagem, situando-me enquanto pessoa e profissional no mundo e com o mundo. Essas reflexões críticas precisariam estar apoiadas em bibliografia pertinente à temática.

Pasmada, não sabia o que colocar no papel. Foi, então, que me atentei ao fato de que desde a minha entrada na escola até o término da minha primeira especialização, nunca tinha sido convidada a falar de mim, a me autoavaliar, a avaliar um processo de ensino-aprendizagem em sala de aula. Metodicamente, eu consumia os conteúdos e, após ser avaliada, aguardava minha nota. Quando as notas eram baixas, recomendações para um melhor empenho, proliferavam nas agendas escolares e nas provas. Percebi, o quanto a escola e a universidade, me silenciaram, arrancando de mim toda e qualquer possibilidade de pronunciar a palavra, de erguer minha voz para me situar enquanto um ser humano desejante, aprendente, ensinante. Sem identidade e aprisionada em mim, eu precisava agora encontrar minha voz. Na primeira versão do TCC entregue, minha nota não alcançou a pontuação mínima exigida. A recomendação unânime: você precisa “aparecer” no trabalho, dialogar com sua história e com seu processo de ensino-aprendizagem. Nesse sentido, retomar a psicoterapia, me ajudou a organizar o caos instalado. Por fim, entreguei um texto crítico encharcado de poesia, de esperança, de humanidade. Fui aprovada e concluí a especialização.

Concomitante, na prática hospitalar, nos espaços de diálogo sobre formação que transitava, questões relacionadas à formação, gestão e assistência emergiram. Comecei a identificar no ambiente hospitalar práticas educativas opressoras, alienantes, permeadas por vigilância hierárquica e rituais de controle cuja essência era a dominação e o exercício injusto de poder. Ainda sem uma teoria que fundamentasse tudo o que me mobilizava naquele momento, descobri uma terapeuta ocupacional que tentava qualificar profissionais para o cuidado no SUS, sem nenhuma formação didático-pedagógica.

Assim como eu, vários trabalhadores do hospital envolvidos com a formação de residentes multiprofissionais, passaram a questionar a formação exclusivamente hospitalocêntrica, biologicista e reducionista. Em equipe, buscamos alternativas para reconstruir as relações didático-pedagógicas, como por exemplo, os seminários interdisciplinares com a participação de residentes e preceptores, rodas de conversa sobre

formação em saúde, qualificação para preceptoria e ampliação dos cenários de prática dos residentes multiprofissionais para além do ambiente hospitalar. Essas estratégias e minhas reflexões sobre a formação na especialização culminaram com um convite para compor a equipe da Gerência de Educação Permanente (GEP) da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), onde adentrei em 2015.

A GEP subordinada a Coordenação de Educação na Saúde (CES), conforma com outras coordenações e gerências a Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGTES). A GEP é responsável pela implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Pará. Nessa perspectiva, destaco as atividades pertinentes às residências em saúde, foco deste relato: monitorar e avaliar as Residências em Saúde (médica, multiprofissional, uniprofissional); fomentar as políticas de valorização de preceptores e residentes; e, acompanhar, avaliar e monitorar os projetos (propostos e em execução) dos programas de Residência Médica, Multiprofissional e Uniprofissional.

Ao acompanhar mais amiúde as residências em saúde desenvolvidas no território paraense, encontrei profissionais de saúde convocados à docência sem nenhuma qualificação, processos avaliativos unilaterais – somente os residentes são avaliados, estruturas físicas sucateadas para o cuidado e para o ensino, residentes atuando sem a supervisão de preceptores e/ou assumindo atividades privativas da equipe médica institucional – o chamado *staff* médico, excesso de carga horária prática em detrimento das atividades teórico e teórico-práticas, falta de articulação teoria e prática. Ou seja, uma formação que deveria fomentar a luta pelo direito à saúde no Brasil, pelo SUS a partir da práxis (ação e reflexão), havia sido atravessada pela lógica mercantilista, com um viés de adestramento por meio da transferência de conteúdo (Freire, 2019).

Envolvida com a gestão da educação na SESPA, concorri a uma vaga na Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde ofertada pela Universidade Federal do Pará através do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS). Seleccionada, iniciei a especialização em 2016.

No decorrer da formação, constatei a importância do diálogo permanente entre a gestão do trabalho e a gestão da educação, envolvendo serviços de saúde, universidades, escolas técnicas e de saúde pública na construção de estratégias de gestão e educação que contemplem as demandas da população brasileira. Para a conclusão do curso, redigi

juntamente com uma colega da SESPA, o trabalho intitulado “O cenário das residências multiprofissionais em saúde no Pará em 2015: os desafios da formação no e para o SUS”.

Notadamente, percebemos que alguns programas de residência abandonaram o viés da formação e se converteram em estratégia para provimento de recursos humanos nas unidades assistenciais. Outros desafios foram identificados, conforme Lopes, Santos e Sena (2020): formação desarticulada dos princípios e diretrizes do SUS; indefinição de processos avaliativos de preceptores, docentes e coordenadores nos programas de residência; falta de análise da capacidade instalada dos serviços que ofertam os programas para melhor planejamento, inserção dos residentes; infraestruturas inadequadas ou insuficientes dos serviços assistenciais para o desenvolvimento de atividades educacionais; estruturas de gestão do ensino e pesquisa não uniformes nos serviços assistenciais dificultando a organização dos processos de formação; fragilidade ou inexistência de metas, indicadores ligados ao ensino pactuados juntamente à gestão nas unidades assistenciais; ausência de um Sistema de Informações Estadual de Residências em Saúde para monitoramento e avaliação bem como acompanhamento dos egressos.

Por motivação pessoal, rescindi o vínculo na SESPA, em 2017, e no mesmo ano fui trabalhar no Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE). No hospital desenvolvi atividades de acompanhamento e avaliação dos estágios supervisionados dos cursos técnicos (radiologia, enfermagem), dos cursos de graduação da área da saúde, das pesquisas científicas com seres humanos e dos programas de residência em saúde do próprio hospital e de instituições parceiras que demandavam cenários de formação para seus residentes. Desta experiência destaco a aproximação com a temática da formação médica, que se estabeleceu a partir do convívio com residentes e preceptores médicos.

Retornei a SESPA no ano seguinte, novamente convidada a assumir a Gerência de Educação Permanente em Saúde para contribuir no desenvolvimento das ações do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS), lançado no final de 2017, pelo Ministério da Saúde.

Em 2018, participei da construção do Plano de Trabalho para a implantação das ações do PRO EPS-SUS juntamente com os atores responsáveis pela discussão de Educação Permanente em Saúde, onde foi pactuada a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) segundo um processo ascendente, democrático, participativo, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Nos meses de junho, agosto e setembro de 2018 foram realizadas oficinas regionais nas 13 Regiões de Saúde, com a participação de 118 municípios de um total de 144 municípios paraenses, reunindo 510 atores/representantes da gestão, da assistência, do ensino e do controle social. Desses espaços de diálogo e de compartilhamento de saberes sobre o SUS resultou o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde – PEEPS. Durante esse processo que ousei descrever como político participativo, testemunhei a adoção de estratégias formativas dialógicas, amorosas e críticas no ensino em saúde.

Ainda em 2018, fui designada pela Coordenação de Educação na Saúde (CES/SESPA) para assumir a disciplina de “SUS e Políticas Públicas de Saúde”, como docente voluntária nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UEPA e dos Hospitais Associados, de forma a cumprir a cooperação técnica entre SESPA e UEPA na formação de especialistas.

Após anos desenvolvendo atividades de docência na residência multiprofissional, me inscrevi no processo seletivo do Programa de Pós-graduação em Educação para concorrer a uma vaga no doutorado, no qual fui aceita com previsão de início em março de 2020. Continuei docente na residência multiprofissional até 2023, apesar do meu desligamento da secretaria, em julho de 2020. Desde, então, ministrei aulas esporadicamente em programas de residência médica e de residência multiprofissional e em cursos de graduação e pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu* na área da saúde e da educação.

Nesta trajetória profissional as primeiras inquietações sobre a formação profissional na saúde surgiram enquanto exercia a função de preceptora de Terapia Ocupacional. Outras, quando exerci a função de coordenadora de residência multiprofissional em saúde, por meio de exercício de reflexão sobre a prática. Neste contexto de reflexões, indagações e certezas transitórias, alimento um fascínio pela formação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, pelos programas de residência em saúde, pela narrativa, pelos atos de fala, de escuta, que tentam recompor a história, apreender a cultura, desvelar subjetividades e transmitir experiências e aprendizados sobre a vida numa tentativa frenética de ofertar cuidado.

1.1.2. Situação problema

Iniciei as atividades como preceptora de Terapia Ocupacional repleta de indagações, estranhamentos pela prática de formação ofertada, com entusiasmo pela

oportunidade de produzir inovações. Entretanto, sem uma formação adequada para a preceptoria, a dificuldade na supervisão dos residentes e, por conseguinte, a desarticulação entre teoria e prática, tornou obscuro o processo de ensino-aprendizagem. Admito que a função de preceptora foi sendo aprendida na prática, a partir dos encontros que estabeleci com os residentes, usuários, demais membros da equipe de saúde que me obrigavam a leitura e a pesquisa no intuito de me formar preceptora. Por enquanto, reconheço-me enquanto profissional da saúde que treina futuros profissionais para o cuidado em saúde e não como educadora. Digo isto, pois é necessário comunicar a minha total falta de qualificação para a docência, preciso admitir que por um tempo transferei conhecimentos e informei modos de fazer. É uma forma de me solidarizar com uma grande parcela de trabalhadores da saúde que ao adentrar o SUS, assumem como responsabilidade constitucional a ordenação da formação de recursos humanos e seguem formando/deformando futuros profissionais que deveriam retroalimentar o sistema.

Para delinear o problema da tese, retorno ao ano de 2019, quando fui selecionada para um curso de aperfeiçoamento em Gestão de Residências no Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa através do Programa de Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). Ao todo foram selecionados 10 atores/responsáveis, sendo 07 de Belém e 03 de Santarém representando as seguintes instituições: Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), Universidade Estadual do Pará (UEPA), Universidade Federal do Pará (UFPA), Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA) e Secretaria Municipal de Saúde de Santarém (SEMSA).

Alocada na equipe de Belém, ajudei na construção de um projeto de intervenção que versou sobre reformulação dos projetos políticos pedagógicos dos programas de residência em saúde para o cuidado integral materno-infantil no SUS. O projeto foi finalizado em novembro de 2020, com todos os desafios do ensino à distância impostos pela pandemia de COVID-19. A vinculação afetiva e profissional propiciada pelo convívio no aperfeiçoamento, resultou em um convite para ministrar a aula inaugural dos programas de residência em saúde da Universidade Federal do Pará em março de 2020. Aceitei o convite sem ter ideia de que aquela seria a última aula presencial que ministraria nos quase dois anos de pandemia que se sucederam.

No início da aula, procurei identificar quais as expectativas das/os residentes quanto ao processo de formação. Todavia, solicitei às/aos residentes ingressantes o registro por escrito de suas expectativas quanto ao processo de formação que iniciariam. No dia seguinte procedi a leitura das respostas e as transcrevi, como parte do relatório

sobre a atividade que deveria ser entregue na SESPA. Entretanto, à medida que a leitura avançava, me surpreendia com algumas “desesperanças” em torno do percurso formativo que se iniciava.

Três residentes fizeram referência à situação de humilhação:

Aprimorar meus conhecimentos; não ser humilhado (Residente Médico 10).

Concluir a residência”; não ser tão humilhado (Residente Médico 12).

Crescimento profissional; humanização; ensino sem humilhação (Residente Médico 22).

Dois residentes expressaram o desejo de não chorar:

Não chorar diante das pessoas; não adquirir vícios como escape da rotina; ser capaz de realizar o planejamento de carreira (Residente Médico 12).

Sobreviver a residência; não chorar na frente do preceptor (Residente Médica 20).

Percebe-se nos registros, que a expectativa dos residentes de não ser humilhado e de não chorar evidenciam ser um curso que causa sofrimento e opressão. Que tipo de prática educativa é causadora de humilhação e choro?

Dois residentes apontam para a necessidade de uma formação qualificada e humanizada:

Não desistir, fazer o meu melhor; me tornar uma médica preparada e humanizada (Residente Médica 20).

Tenham ótimo contato e conversas em prol de promover atendimentos mais humanizados e resolutivos (Residente Multiprofissional 24).

A expectativa de ter um curso humanizado significa que o curso não se apresenta humanizado, existindo a consciência dos residentes da importância da humanização para uma melhor qualificação profissional.

As falas dos residentes médicos evidenciavam a possibilidade de uma **pedagogia do sofrimento nos programas de residência médica**, bem como apontam a necessidade de um ensino humanizador. Assim, proponho a **tese** de que existe no contexto das residências médicas uma pedagogia do sofrimento, pautada em uma vigilância hierárquica e em rituais de sofrimento e humilhação que encobrem, silenciam e esvaziam seres humanos, resultando na formação hospitalocêntrica e biologicista de especialistas desumanizados, contrariando as perspectivas de educação no Sistema Único de Saúde, o qual tem na humanização o seu principal princípio formador.

Desamor, medo, humilhação e dominação foram algumas das práticas pedagógicas vivenciadas pela professora, escritora, feminista e ativista negra Bell Hooks no sistema educacional norte-americano. Tal como o educador brasileiro Paulo Freire, a autora problematiza as práticas educativas desumanizadoras e seus efeitos na subjetividade dos educandos em sua trilogia sobre educação. De acordo com Hooks (2021) pessoas destituídas de autoestima, perdem a esperança na capacidade transformadora da educação e por isso é imprescindível a vigilância crítica. “Com a vontade enfraquecida, a resistência frágil, a identidade posta em dúvida, a autoestima esfarrapada, não se pode lutar” (Freire, 2019c, p. 53). Convém ressaltar que sem vigilância crítica, a humilhação como arma de terrorismo psicológico pode prejudicar uma autoestima frágil de modo irreparável (Hooks, 2021b).

Quando tensão e conflito transitam nos debates acalorados nos espaços de ensino-aprendizagem do SUS, choro e raiva são alguns dos sentimentos que podem eclodir entre educadoras/es e educandas/os. Embora a maioria das/os educadoras/es da área da saúde ainda rejeite qualquer choro ou demonstração intensa de sentimentos passionais, “[...] se permitirmos a possibilidade de lágrimas, uma insurreição de conhecimento subjogado pode ocorrer” (Hooks, 2020, p. 134). No ensino desumanizado:

Com bastante frequência, os estudantes sentem medo de falar por receio de afastar professores, professoras e colegas. Ficam aterrorizados com a ideia de discordar, se pensam que isso pode resultar em conflito. Mesmo que nenhum de nós imagine ser possível um relacionamento romântico em que não haja o mínimo conflito, estudantes – e, às vezes, professores e professoras –, sobretudo em salas de aula onde há diversidade, tendem a ver a presença de conflito como ameaça à continuidade da troca crítica e como um indício de que a comunidade não é possível quando há diferença (Hooks, 2021b, p. 212).

As emoções fazem parte do humano: o emocionar-se quando se aprende algo novo, quando se escreve ou quando se lê pela primeira vez. É impossível falar em educação como prática da liberdade quando educandos e educadores são dominados pela racionalidade e forçosamente destituídos de suas emoções, de suas humanidades.

A educação libertadora opõe-se à dominação pela iluminação da realidade, mostrando o que ela realmente é – uma cultura de dominação na qual as pessoas têm o poder de enfrentar a manipulação. Isso estimula as pessoas a saberem o que é escondido de nós e de que modo nós cooperamos na negação da nossa própria liberdade. Uma aula libertadora também pode desvendar os limites da dominação numa sociedade em que o sistema parece invulnerável (Freire, 2013, p. 200-201).

Ao discorrer acerca de processos de desumanização, em que pessoas são tratadas como coisas, não como sujeitos, principalmente no âmbito das salas de aula, Freire (2019) critica a educação bancária, por ser impositiva de conteúdo, opressora e desumanizadora,

e preocupa-se com uma educação democrática e dialógica, desde a sua produção de conhecimento, na contramão do autoritarismo presente no ensino tradicional.

Sobre o trato com os seres humanos, Morin (2000, p. 47- 48) destaca que:

Interrogar nossa condição humana implica questionar primeiro nossa posição no mundo. O fluxo de conhecimentos, no final do século XX, traz nova luz sobre a situação do ser humano no universo. Os progressos concomitantes da cosmologia, das ciências da Terra, da ecologia, da biologia, da pré-história, nos anos 60-70, modificaram as ideias sobre o Universo, a Terra, a Vida e sobre o próprio Homem. Mas estas contribuições permanecem ainda desunidas. O humano continua esquarterado, partido como pedaços de um quebra-cabeça ao qual falta uma peça. Aqui se apresenta um problema epistemológico: é impossível conceber a unidade complexa do ser humano pelo pensamento disjuntivo, que concebe nossa humanidade de maneira insular, fora do cosmos que a rodeia, da matéria física e do espírito do qual somos constituídos, bem como pelo pensamento redutor, que restringe a unidade humana a um substrato puramente bioanatômico. As ciências humanas são elas próprias fragmentadas e compartimentadas. Assim, a complexidade humana torna-se invisível e o homem desvanece “como um rastro na areia”

Especificamente na área da saúde temos inúmeros relatos sobre práticas educativas bancárias e seus resultados. Em sua análise sobre a formação dos profissionais de saúde, Feuerwerker (2014) aponta que as escolas têm sido poderosas máquinas de produção de subjetividades assujeitadas e acrescenta:

São inúmeros os estudos que mostram que do ponto de vista ético-político os estudantes saem dos cursos mais empobrecidos do que entram. Perdem porosidade para o mundo e para os encontros. A defesa da vida deixa de ser uma aposta importante em sua produção no mundo (Feuerwerker, 2014, p. 127).

Feuerwerker (2014) problematiza a perda da porosidade para o mundo, para os encontros e denuncia o caráter tecnicista da formação em saúde. A supremacia do saber técnico sobre o saber experiencial (de vida) acaba por caracterizar a educação na saúde como um processo de “adestramento”, de destituição de humanidades, de aniquilação de alteridades, que culmina, na maioria das vezes, com a formação de profissionais “autômatos” que perpetuam relações opressoras, como por exemplo: profissional de saúde-usuários do SUS; docentes com formação na saúde-discentes; preceptor/preceptora- profissional de saúde residente. Em outras palavras, a prática educativa na área da saúde é, hegemonicamente, “desumanizada e desumanizadora” (Freire, 2017; 2019).

Na perspectiva do “adestramento”, do “treino”, a formação na área da saúde contempla prescrição de técnicas, procedimentos, com ações educativas que transformam educandas/os, de graduação e de programas de residência em saúde, em “quase coisa”, habilitados a repetir determinados comportamentos e destituídos da práxis - ação e

reflexão (Freire, 2017; 2019). Ao subtrair a crítica, negar a práxis dialógica, as ações educativas na área da saúde se configuram pelo saber técnico, hierarquizado, unidirecional, em que professoras/es são detentoras/es do saber e as/os educandas/os são “objetos” com permissão de “escutar”.

Para Teixeira (2002), os profissionais da saúde são formados acreditando ter a resposta para os males das pessoas e situam-se como proprietários do saber que deve ser repassado, assumindo uma postura de especialistas salvadores dos demais. Especialistas em compartimentalizar seres humanos, em isolar dores e em subjugar saberes.

Sobre a formação dos profissionais para a garantia do direito à saúde, o teólogo, educador, técnico em enfermagem e padre Júlio Lancelotti, em entrevista concedida a Adriano de Lavor para a Revista Radis na edição 230 de novembro de 2021, problematiza:

Hoje a formação dos profissionais é muito positivista, aliás, a educação brasileira é muito positivista. Em todas as áreas. Você vê na área médica: as pessoas vão para as especialidades, mas não tem ninguém especialista em ser humano. Tem especialista no pé do ser humano, na cabeça, na mão, no olho, no ouvido, na bexiga, mas não tem ninguém especialista no ser humano (RADIS, 2021, p. 19-20).

Ainda segundo Júlio Lancelotti:

Nós padecemos de um grande mal, que é a compartimentalização da saúde. Se a pessoa está com um problema em determinada especialidade, o profissional não é capaz de vê-la como um todo. Esse é um problema geral da Saúde, que atinge todos, as pessoas de rua também. Então o que acontece é que elas vão ser atendidas por um profissional daquela especialidade, mas o sofrimento delas, na totalidade, não é somente cardíaco, ou renal, ou ortopédico; o sofrimento está na existência delas. Então o profissional não olha para a existência da pessoa, olha para aquela área que trabalha. Assistente social vai ver uma área, psicólogo outra, médico outra. Ele inteiro, quem vai ver? (RADIS, 2021, p. 18).

A supremacia da tecnologia em detrimento da escuta afasta a/o profissional da narrativa do sujeito que adoece. Preceptoras/es preconizam a educação bancária, tecnicista apoiada em diagnósticos feitos por máquinas e desconsideram a experiência do adoecimento que usuários do SUS tentam narrar. Todavia a tecnologia nos permite fazer diagnóstico acurado e estabelecer a terapia mais apropriada a cada caso, “mas isso não é tudo. Exames subsidiários e máquinas não podem sentir a dor, o medo e a solidão da pessoa, elementos que certamente influenciam nos processos de cura ou palição” (De Benedetto, 2010, p. 314).

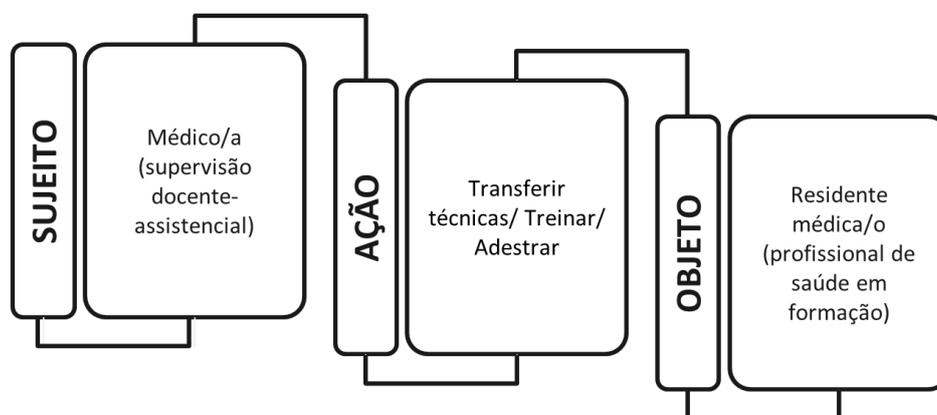
Contrário a essa postura de detentores de um saber, Freire (2001) nos adverte que quanto mais ampliamos nossos conhecimentos em torno do ser humano, de sua forma de

estar sendo no mundo, substituímos a visão ingênua e deformada, por uma visão crítica. Sobre isso, o autor observa:

Não devo julgar-me, como profissional, “habitante” de um mundo estranho; mundo de técnicos e especialistas salvadores dos demais, donos da verdade, proprietários do saber, que devem ser doados aos ignorantes e incapazes. Habitantes de um gueto, de onde saio messianicamente para salvar os “perdidos”, que estão fora. Se procedido assim, não me comprometo verdadeiramente como profissional nem como homem. Simplesmente me alieno. Todavia, existe algo que deve ser destacado. Na medida em que o compromisso não pode ser um ato passivo, mas práxis – ação e reflexão sobre a realidade -, inserção nela, ele implica indubitavelmente um conhecimento da realidade (Freire, 2001, p. 20-21).

Decerto as ações da experiência estão em baixa em alguns processos de formação. Notadamente temos egressos das academias que anseiam pelo fazer, em outras palavras pelo aspecto prático da profissão em detrimento da reflexão crítica sob a prática profissional e das narrativas individuais dos sujeitos para quem o cuidado é direcionado. Perduram nesses espaços as “receitas” de como fazer “comercializadas” por preceptores e docentes, num claro esforço de enterrar a reflexão, o pensar sobre a realidade e o cotidiano da vida. Como adverte Medeiros (2016), a priorização do fazer e da observação exaustiva dos sinais da doença influencia, ainda, o espírito da residência médica como indica sua denominação alternativa de treinamento em serviço. A residência médica como prática de treinamento em serviço envolve a seguinte relação: sujeito (preceptor médico) treina o objeto (residente médico).

FIGURA 1 – Relação pedagógica na residência médica na perspectiva de treinamento em serviço



FONTE: Elaborado pela autora com base na leitura de Freire (2019).

Nos programas de residência reproduz-se o privilégio da prática em detrimento do estudo. A carga horária atribuídas às práticas de ambulatório do residente é significativamente maior do que que os momentos de reflexão teórico-prática,

um indício da aposta na qual a qualificação deverá advir exclusivamente do fazer. O que resta ao período destinado ao estudo e ao pensamento reflexivo é ocupado por módulos teóricos em que um professor se empenha em passar o máximo de informações a respeito de algum tema que, frequentemente, repete o currículo ou elementos da lógica de formação acadêmica: aulas expositivas, seminários, percentual de frequência, exames, créditos (Medeiros, 2016, p. 22).

Desta análise depreende-se, claramente, que a denominação alternativa “treinamento em serviço” contradiz um dos princípios fundamentais da residência médica: a educação problematizadora, reflexiva e crítica. No dicionário o verbo “treinar” refere-se a prática de algo com regularidade, uma espécie de capacitação por meio de instrução e exercício, uma habilitação por meio de adestramento e que “[...] não corresponde a um quefazer educativo libertador” (Freire, 2017, p.21).

Na perspectiva do treino, o fazer do preceptor é informar suas técnicas, prescrevê-las, com ações educativas que transformam residentes médicos em “[...] em quase “coisa”, o negam como um ser de transformação do mundo”, além de negar a ação e a reflexão verdadeiras àqueles que são objetos de tais ações (Freire, 2017). Assim na medida em que, no termo “treinamento”, está implícita a ação de levar, de transferir, de entregar, de depositar algo em alguém, ressalta, nele, uma conotação indiscutivelmente mecanicista, existindo uma incompatibilidade entre o “treino” e uma ação educativa de caráter humanista e libertador, porque no treino se dá forma ou modela um corpo indeciso e acomodado (Freire, 2007; 2077). Na verdade, o treinamento estreito, tecnicista, habilita o educando a repetir determinados comportamentos (Freire, 2019).

Para Freire (2020, p. 14-15):

É historicamente que o ser humano veio virando o que vem sendo não apenas um ser finito, inconclusivo, inserido num permanente movimento de busca, mas um ser consciente de sua finitude. Um ser que, vocacionado para ser mais, pode, historicamente, porém, perder seu endereço e, distorcendo sua vocação, desumanizar-se. A desumanização, por isso mesmo, não é vocação mas distorção da vocação para o ser mais.

Ao adentrarmos os espaços de cuidado e de formação em serviço, percebemos que inúmeras experiências não são legitimadas. Em alguns programas de residência médica, onde a provisão de recursos humanos é mais importante do que o processo de formação, a experiência do residente não encontra espaço para emergir, sendo abafada constantemente por procedimentos que devem ser feitos com maestria e sob pena de retaliações caso o desfecho não seja satisfatório na avaliação do preceptor. Por sua vez, o preceptor, trabalhador do cuidado em saúde, apenas reproduz o que aprendeu ao ter seus anseios e esperanças desfeitos por uma gestão que desconsidera sua experiência e

narrativa. Sem lugar para a fala e a escuta, usuários, preceptores e residentes assumem lados opostos em “trincheiras” que dificultam ainda mais a garantia do direito à saúde.

Na realidade atual, os gestores de programas de residência (coordenadores e supervisores), os preceptores e tutores de residência em exercício são, em geral, profissionais com especialização na área de saúde, formados no modelo biomédico e num currículo tradicional, com pouco ou quase nenhuma capacitação na área de educação (Soeiro *et al.*, 2019, p. 15).

Freire (2020) aponta que a vocação para o *ser mais* demanda liberdade, possibilidade de decisão, de escolha, de autonomia e nas “trincheiras” da formação e do cuidado em saúde, preceptores e residentes desumanizam-se e desumanizam o cuidado, distorcendo a vocação para o *ser mais*. Para o autor é imprescindível que os seres humanos, na perspectiva do futuro, enquanto possibilidade, já que mudar é difícil, mas é possível, movam-se no tempo e no espaço e envolvam-se permanentemente no domínio político, refazendo sempre as estruturas sociais, econômicas, em que se dão as relações de poder, para o legítimo cumprimento de sua vocação. Entretanto, “[...] a vocação para o *ser mais*, enquanto expressão da natureza humana fazendo-se na história, precisa de condições concretas sem as quais a vocação se distorce” (Freire, 2020, p. 15).

O princípio da prática clínica especializada que sustenta a proposta de formação em situação de Residência parece ter sido atravessado e paulatinamente organizado pelo discurso da formação acadêmica. Não obstante, é esse mesmo discurso que há mais de quarenta anos parece ter provocado protestos por parte dos alunos universitários a respeito de sua insuficiência para a formação e sua desarticulação com a realidade (Medeiros, 2016, p. 22).

Medeiros (2016) denuncia a insuficiência de condições concretas para uma prática educativa libertadora ao ressaltar a desarticulação entre teoria e prática tão comum nas residências médicas. Ações educativas que não problematizam a realidade, que desproblematizam o futuro, caracterizam o puro treinamento técnico – profissional, são incompatíveis com uma educação crítica e libertadora, tal como anunciadas na proposta da residência em saúde de se formar profissionais no SUS e para o SUS. Ou seja, na formação preconizada a partir da reforma sanitária brasileira de 1988, não deve existir dicotomia entre “a capacitação técnico-científica do educando dos conhecimentos necessários ao exercício de sua cidadania” (Freire, 2019, p. 108).

A solução depende de haver uma mudança na maneira como a sociedade enfrenta a construção da saúde. Mas o processo de produção de alternativas ocorrerá nos dois campos: educação e prática. E os processos de mudança deverão ter um grau de simultaneidade. É parte da dialética das transformações (Feuerwerker, 1998, p. 55).

No contexto do Sistema Único de Saúde, a educação de que precisamos frente aos desafios do cuidado em saúde e as inesperadas mudanças tecnológicas não pode ser a que nos deixe quietos, conformados e indiferentes, mas, pelo contrário, a que nos abra a porta à inquietação, à inconformidade e à curiosidade. Entretanto, essa educação obrigatoriamente deverá conscientizar educadores e educandos mutuamente, num movimento de ação e reflexão (práxis). Somente a conscientização produz a desmistificação do SUS. Desta forma:

São tão importantes para a formação dos educandos certos conteúdos que o educador lhes deve ensinar, quanto a análise que eles façam de sua realidade concreta. E, ao fazê-lo, devem ir, com a indispensável ajuda do educador, superando o seu saber anterior, de pura experiência feito, por um saber mais crítico, menos ingênuo (Freire, 2020, p. 34).

Dentre os saberes que podem contribuir para à prática educativa, o filósofo Walter Kohan (2019, p. 29-30) enfatiza que:

Há muitos saberes que certamente podem contribuir para a tarefa de ensinar e que costumam ser enfatizados para responder à pergunta que nos ocupa: saberes relativos a um sem – número de aspectos que fazem parte dos atos de ensinar e aprender. Por exemplo, além dos mais óbvios saberes relativos aos “conteúdos” programáticos a serem transmitidos quando é ensino é pautado segundo matérias, conteúdos, disciplinas ou, ainda, atitudes ou comportamentos, existem saberes relativos ao contexto social, histórico e político em que o trabalho se insere, às técnicas de ensino mais apropriadas para os grupos com os quais se trabalha, ao jogo de afetos que povoam as relações pedagógicas e seus habitantes, a como pensamos o que pensamos, em particular, quando ensinamos e aprendemos, aos campos culturais dos diversos envolvidos na relação pedagógica, etc.

Assim, a experiência vivenciada no programa de residência médica aponta para a existência de uma pedagogia do sofrimento, que se contrapõe aos princípios da educação humanizadora de Paulo Freire e os princípios humanizadores formadores do SUS.

A **questão-problema**, então, que levanto para investigação é: O ensino em programa de residência médica nos hospitais se caracteriza como um ensino de opressão, uma pedagogia do sofrimento?

Com base nesta questão-problema construímos as seguintes questões orientadoras: Como se efetiva o ensino em Programa de Residência Médica? Os aspectos pedagógicos deste Programa evidenciam causar sofrimento e opressão aos residentes médicos? O que os residentes médicos dizem sobre a sua formação? Se for uma pedagogia de sofrimento, como superar este ensino, tendo por base a educação humanizadora de Paulo Freire?

Assim, tendo como embasamento o constructo da Pedagogia Crítica Freireana, está tese se propõe a investigar se de fato existe um projeto educativo desumanizador, por

ora denominado de “Pedagogia do Sofrimento”, em curso nos Programas de Residência Médica.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral: Compreender práticas educativas e fundamentos pedagógicos subjacentes que ocorrem no contexto de um programa de residência médica para anunciar indicadores pedagógicos e metodológicos a partir da ótica das/os residentes e da educação humanista de Paulo Freire em conformidade ao processo de humanização apontado pelo SUS.

1.2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar como se efetiva a ação educativa realizada no programa de residência médica do hospital público estadual pesquisado e se atende ao processo de humanização apontado pelo SUS;
- Analisar o que os residentes médicos dizem sobre a sua formação;
- Compreender no ensino realizado nos programas de residência médica os aspectos pedagógicos não humanizadores, que causam sofrimento e opressão aos residentes;
- Caso exista uma pedagogia do sofrimento, apontar caminhos pedagógicos e metodológicos, a partir da ótica dos residentes e à luz do pensamento de Paulo Freire, contribuindo para o processo de humanização no ensino na residência médica.

A importância desta tese de doutoramento reside na possibilidade de problematizar a formação médica especializada, em busca das razões, a partir da narrativa dos participantes da pesquisa, para um cuidado médico tão descolado dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; constituindo-se, portanto, em uma denúncia – anúncio de outra possibilidade para a educação médica, educação comprometida ético e politicamente com os seres humanos e refazedora da esperança no cotidiano do cuidado em saúde. Por fim, o que se pretende ao longo desta tese, é afirmar a possibilidade de reinventar a educação médica especializada, com constante insistência em uma ética da alteridade, da solidariedade, da tolerância, da amorosidade, fundada no diálogo entre os seres humanos, na comunhão e na escuta do Outro; um ensino médico com respeito à pessoa em sua condição de unicidade e com incansável esperança nas possibilidades históricas de humanização do mundo

Esta tese estrutura-se em 07 seções:

- “Introdução” em que se apresenta a motivação e os objetivos do estudo,
- “O percurso metodológico”, na qual se explicita a metodologia do estudo e os achados a partir da revisão integrativa da literatura;
- “O movimento ético-libertador da saúde no Brasil: reflexões a partir da ética da libertação de Enrique Dussel” no qual se analisa o percurso histórico da saúde pública no Brasil até a construção do Sistema Único de Saúde em interlocução com a Ética da Libertação de Enrique Dussel;
- “A formação de profissionais e o Sistema Único de Saúde, por uma pedagogia crítica freireana” na qual discute-se o impacto da criação do SUS sobre a formação dos profissionais de saúde e em especial para a formação médica;
- “Para uma práxis pedagógica crítica freireana na formação de médicos especialistas” em que se discute a partir de categorias freireanas possibilidades de transformação na educação médica.
- “O ensino na residência médica: o que a nuvem de palavra e as narrativas dos sujeitos revelam?”, na qual se problematiza quatro conceitos chaves revelados a partir da nuvem de palavra.
- “Análise de similitude e classificação hierárquica descendente: categorias de análises e discussão”, na qual se percorre as etapas finais de análise dos dados, bem como se apresenta os resultados divididos em categorias.
- “Considerações finais” em que se faz recomendações para um fazer ético-político da preceptoría médica, segundo a Pedagogia Crítica de Paulo Freireana.

2. O PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. Revisão integrativa da literatura

Neste item serão analisados os dados originados a partir da Revisão Integrativa da Literatura. Para tanto, foi realizada uma pesquisa, com abordagem qualitativa, de natureza descritiva, do tipo Revisão Integrativa da Literatura (RIL), a qual viabiliza a realização de uma síntese para buscar a compreensão de um fenômeno em análise elencado a partir de uma lacuna encontrada (Sousa, 2017). Optou-se pela RIL em virtude da ausência de teses e dissertações sobre a temática residência médica, na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), que integra os sistemas de informação de teses e dissertações existentes nas instituições de ensino e pesquisa do Brasil.

Assim, os objetivos desta revisão foram: identificar na literatura o modelo de ensino em programas de residência médica; se o modelo de ensino se caracteriza como uma pedagogia do sofrimento, gerando estressores e síndrome de burnout em médicos residentes e as estratégias utilizadas para o manejo do sofrimento ou para superá-lo.

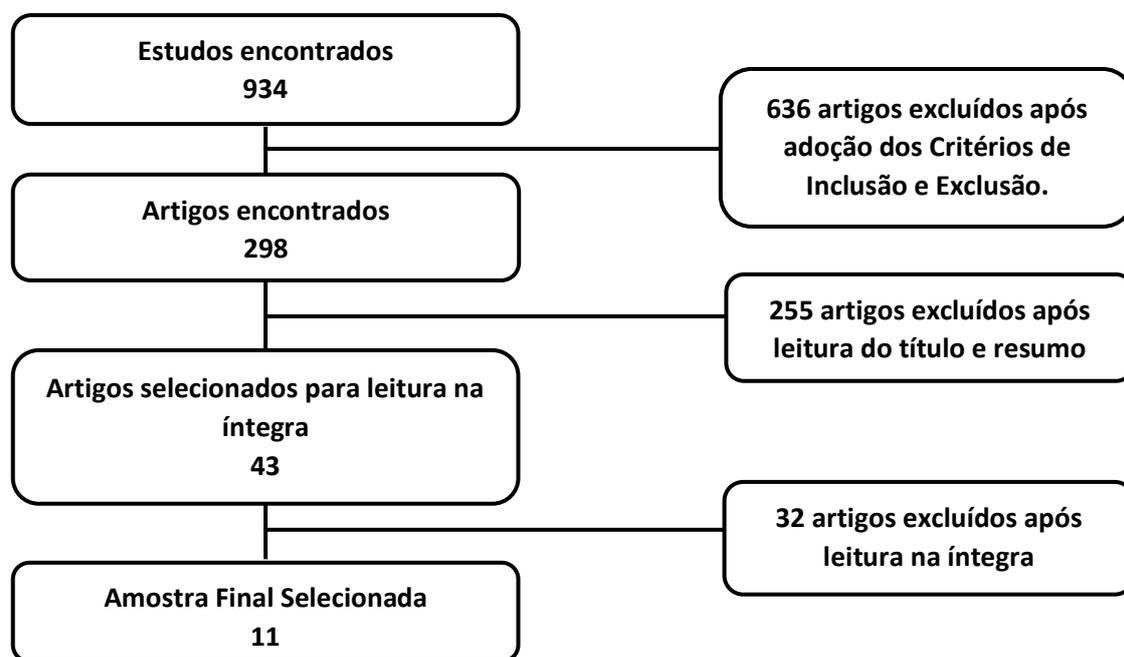
Esta RIL foi realizada em 6 etapas: 1) Determinação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para a pesquisa e busca na literatura; 3) Definição das informações extraídas das pesquisas selecionadas; 4) Avaliação das pesquisas incluídas; 5) Interpretação dos resultados, 6) Revisão / síntese do conhecimento (Ercole, Melo; Alcoforado, 2014).

Nesse sentido, as questões que nortearam as buscas foram: “O ensino em programa de residência em saúde se caracteriza como uma pedagogia do sofrimento?” e “Quais as estratégias utilizadas para o manejo do sofrimento?”. No que tange aos critérios de inclusão dos artigos, adotou-se: textos com resumos e disponíveis de forma completa *online*; artigos nos idiomas português e inglês; estudos publicados de 2016 a 2021. Excluíram-se: artigos duplicados entre as bases e entre as combinações de descritores; artigos que não tivessem relação com o tema em estudo; revisões integrativas e sistemáticas da literatura; relato de caso ou experiência; monografias; dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Essa coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a março de 2021, a partir dos critérios determinados acima. As bases de dados utilizadas foram Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) por meio do Portal da Biblioteca Virtual em

Saúde (BVS) do Ministério da Saúde com o Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) – descritor controlado – Residência Médica e com as palavras-chave (descritor não controlados): Sofrimento, Formação médica, Pedagogia humanizadora, Pedagogia do Sofrimento, Pedagogia crítica e Educação permanente em saúde. Também foram realizadas combinações entre o descritor e as palavras-chave com o operador *booleano* AND, no entanto, apenas foram encontrados artigos diante da combinação “Residência Médica AND Sofrimento”. Nas bases de dados, estratégias de busca avançada foram utilizadas como busca por título, resumo, tema e uso de critérios de inclusão e exclusão para obter o número de artigos disposto na Figura 2.

FIGURA 2 – Fluxograma de Seleção dos Estudos que abordam o estado de sofrimento em Residentes Médicos, no período de 2016 a 2021.



Fonte: Elaborado pela autora a partir da Revisão Integrativa da Literatura, 2021.

O fluxograma aponta que dos 934 estudos encontrados, apenas 11 foram selecionados como amostra final, após leitura inicial de artigos do título e resumo e em seguida, de leitura na íntegra dos textos.

Assim, só após a leitura e análise integral dos artigos os estudos foram selecionados a comporem a amostra final, e identificado que respondessem à questão de pesquisa e o objetivo deste estudo. Para a extração dos dados dos artigos selecionados, foi utilizado

um formulário de coleta de dados elaborado pela autora para esse fim, que contém informações sobre a identificação do estudo e seu conteúdo.

Desta forma, após a seleção da amostra final, os estudos selecionados foram analisados quanto aos principais aspectos referentes ao sofrimento de médicos em programas de residência, bem como estratégias adotadas para minimizar os danos advindos desta problemática. Os estudos foram discutidos de maneira sistemática, vislumbrando um melhor entendimento no que concerne à temática. Elaborou-se a síntese final de forma descritiva, condizendo aos resultados, discussões e às conclusões obtidas em cada artigo.

Como aporte teórico para a realização da etapa referente a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), a qual consiste em: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; e 3) Tratamento dos resultados: inferência e interpretação.

Em relação ao local de campo de pesquisa, 11 estudos foram realizados em programas de residência médica, conforme descrito na figura 3.

FIGURA 3 – Tabela com os artigos selecionados na pesquisa. Belém, Pará, Brasil, 2021.

Nº	TÍTULO	AUTOR/ ANO	PERIÓDICO	OBJETIVO	MÉTODO
1	<i>Assessment of burnout amongst resident doctors in Benin City, Edo State, Nigeria.</i>	Ogbogho do & Edema, 2020.	<i>The Nigerian postgraduate medical journal.</i>	O objetivo era determinar a prevalência e o padrão de <i>burnout</i> entre médicos residentes na cidade de Benin.	Este estudo utilizou um desenho de estudo descritivo e transversal. Um estudo da população total foi realizado entre médicos residentes na cidade de Benin. A ferramenta de coleta de dados foi um questionário pré-testado do <i>Maslach Burnout Inventory Questionnaire – Human Services Survey for Medical Personnel</i> . Os dados foram analisados com o software IBM SPSS versão 22.0. O nível de significância foi estabelecido em $P < 0,05$.
2	<i>Bridging the gap: Responding to resident burnout and restoring well-being.</i>	Hategan & Riddell, 2020.	<i>Perspectives on medical education</i>	Avaliar o esgotamento de Residentes Médicos.	Realizamos uma avaliação de um programa piloto de garantia de qualidade com o objetivo de criar um espaço seguro para aumentar consciência de <i>Burnout</i> e bem-estar entre os médicos residentes.
3	<i>Perceptions of the Learning Environment on the Relationship Between Stress and Burnout for Residents in an</i>	Sum; Chew & Sim, 2019.	<i>Journal of graduate medical education.</i>	Examinamos as inter-relações entre estresse, percepções do ambiente de aprendizagem e estratégias de enfrentamento usadas em uma coorte de residentes de psiquiatria em Cingapura, usando o <i>burnout</i> como variável dependente. Nossa hipótese é que as percepções do ambiente de	De junho de 2016 a setembro de 2017, 67 de 75 (89%) residentes de psiquiatria de um único programa em Cingapura foram avaliados em seus níveis de estresse e esgotamento, percepções de seu ambiente de aprendizagem (incluindo autonomia de papel, ensino e apoio social) e os mecanismos de enfrentamento que eles usaram.

	<i>ACGME-I Accredited National Psychiatry Residency Program.</i>			aprendizagem e estratégias de enfrentamento influenciam a relação entre estresse relacionado à residência e <i>burnout</i> em residentes de psiquiatria.	
4	<i>Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in medical residents of a Brazilian academic health system.</i>	Pasqualucci, et al., 2019.	<i>BMC. Med. Educ.</i>	Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de ansiedade, depressão, estresse e identificar seus correlatos com a Síndrome de <i>Burnout</i> e qualidade de vida em uma amostra de médicos residentes e colegas médicos do maior sistema de saúde acadêmico brasileiro.	Em 2017, 1.648 participantes foram voluntária e anonimamente pesquisados online sobre características demográficas, Síndrome de <i>Burnout</i> sintomas mentais e qualidade de vida medida por questionários validados. As respostas foram capturadas por meio da plataforma REDCap e análises estatísticas multivariadas foram realizadas com o STATA 15.
5	<i>Learning environment, stress and coping in psychiatry residents within a national training program: a longitudinal study</i>	Chew; Holmboe & Sim, 2019.	<i>Perspectives on medical education.</i>	Este estudo examinou mudanças longitudinais na percepção do ambiente de aprendizagem, estresse percebido e enfrentamento para residentes de psiquiatria nos anos júnior e sênior de treinamento.	Oitenta e dois entre 101 residentes de psiquiatria (81,2%) de nosso Programa Nacional de Residência em Psiquiatria avaliaram sua percepção do ambiente de aprendizagem, estresse percebido e estratégias de enfrentamento de junho de 2016 a junho de 2018. Correlações entre essas variáveis e mudanças em cinco pontos temporais foram examinadas.
6	<i>Does Mindfulness Training Enhance the Professional Development of Residents? A Qualitative Study.</i>	Verweij, et al., 2018a.	<i>Acad. Med.</i>	Os autores implementaram o MBSR como um curso opcional para residentes e exploraram qualitativamente como ele influenciava os residentes profissionalmente.	Entre 2014 e 2016, os autores realizaram 19 em profundidade entrevistas com moradores que haviam participado de um MBSR curso na <i>Radboud University Medical Center, The Netherlands</i> . Residentes médicos e cirúrgicos, em uma variedade de disciplinas, participaram. Os autores usaram o método de comparação constante para analisar os dados.
7	<i>Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial.</i>	Verweij, et al., 2018b.	<i>Journal of general internal medicine.</i>	Para determinar a eficácia da redução de <i>Stress</i> Baseada em <i>Mindfulness</i> na redução do <i>burnout</i> em residentes.	Um ensaio clínico randomizado comparando redução de <i>Stress</i> Baseada em <i>Mindfulness</i> com um grupo de controle em lista de espera. Residentes de todas as disciplinas médicas, cirúrgicas e de cuidados primários eram elegíveis para participar. Os participantes foram auto-referenciados. A pesquisa consistiu em oito sessões semanais de 2,5 horas e um dia silencioso de 6 horas.

8	<i>The relationship between long working hours and depression among first-year residents in Japan.</i>	Ogawa, et al., 2018.	<i>BMC. Med. Educ.</i>	Analisar a relação entre longas jornadas de trabalho e depressão entre residentes do primeiro ano no Japão.	O estudo incluiu 1.241 residentes do primeiro ano empregados em 250 hospitais de treinamento em 2011. Um questionário de autoavaliação foi administrado no início da residência e 3 meses depois para coletar dados demográficos, sintomas depressivos e condições de treinamento (por exemplo, duração de trabalho, sono, tempo disponível e turno noturno). Os sintomas depressivos foram avaliados usando o <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> .
9	<i>Prevalence of burnout and its correlates among residents in a tertiary medical center in Kerala, India: A cross-sectional study.</i>	Ratnakara ; Prabhakar & Karunakaran, 2016.	<i>Journal of postgraduate medicine.</i>	O estudo teve como objetivo estudar a prevalência de <i>burnout</i> e seus correlatos entre internos e residentes do <i>Government Medical College</i> , Thiruvananthapuram, Kerala, Índia	Foi um estudo transversal com 558 internos e residentes do <i>Government Medical College</i> , Thiruvananthapuram, Kerala, Índia. Foram coletados dados que incluíram o <i>Copenhagen Burnout Inventory [CBI]</i> , que avalia o <i>burnout</i> nas dimensões de <i>Burnout pessoal</i> , <i>Burnout</i> no trabalho e <i>Burnout</i> relacionado ao paciente, com uma pontuação de corte de 50 para cada dimensão. Idade, sexo, ano de estudo, departamento ao qual o residente pertencia, ou um estagiário, residente júnior ou um residente sênior de super especialidade (residente fazendo curso de super especialidade após o mestrado de pós-graduação) foram avaliados os correlatos.
10	<i>Impact of a family medicine resident wellness curriculum : a feasibility study.</i>	Runyan, et al., 2016.	<i>Medical education online.</i>	O objetivo deste projeto é avaliar o impacto de um novo bem-estar, 1 mês currículo para 12 segundo ano da família medicina residentes sobre o <i>burnout</i> , empatia, estresse e auto - compaixão	O piloto do programa, introduzido durante uma nova rotação enfatizando competências em torno de liderança, com foco no ensino de habilidades para cultivar a atenção plena e auto - compaixão a fim de reforçar a empatia e reduzir o estresse. Pré-avaliações e avaliações de acompanhamento de 3 meses sobre as medidas de neutralização, empatia, auto - compaixão, e estresse percebido foram coletadas para avaliar o impacto do currículo. Foi hipotetizado que este currículo iria melhorar empatia e auto-compaixão, bem como reduzir o estresse e <i>Burnout</i> entre família medicina residentes.
11	<i>The process of coping with stress by Taiwanese medical interns: a qualitative study.</i>	Liu, et al., 2016.	<i>BMC. Med. Educ.</i>	Este estudo teve como objetivo desenvolver um modelo para lidar com o estresse entre estagiários de Taiwan e examinar a relação entre estresse e resultados de aprendizagem.	Para este estudo qualitativo, utilizamos a metodologia da teoria fundamentada com amostragem teórica. Coletamos dados por meio de entrevistas em profundidade e observações participantes. Empregamos o método comparativo constante para analisar os dados até que a saturação dos dados fosse atingida.

Fonte: Elaborado pela autora a partir da Revisão Integrativa de Literatura, 2021.

Dos 11 artigos encontrados nas bases, verificou-se que os 11 estavam disponíveis no idioma inglês, por serem publicados em periódicos internacionais. Quanto ao método, identificamos que 9 são do tipo quantitativo e 2 qualitativos e incluem: ensaio clínico,

ensaio clínico randomizado, estudo descritivo e transversal, estudo qualitativo utilizando metodologia da teoria fundamentada com amostragem teórica e estudo comparativo.

Com base na análise de conteúdo dos artigos selecionados, foi possível a categorização dos estudos em 3 categorias, a saber: 1) Prevalência da Síndrome de *Burnout* e estressores em residentes médicos; 2) *Burnout* e Ambiente de Aprendizagem: impactos para a formação de médicos residentes e 3) Estratégias de prevenção e redução dos danos relacionados aos impactos do estresse e *Burnout* em programas de residência médica.

2.1.1. Prevalência da Síndrome de *Burnout* e estressores em residentes médicos

Nessa primeira categoria identificou-se que 3 artigos evidenciam, exclusivamente, o perfil de médicos residentes que se enquadraram diante das definições que cerceiam a síndrome de *Burnout*, bem como outros estressores que podem interferir nas relações cotidianas no trabalho e, de certa forma, na aprendizagem dos médicos em relação as suas especialidades.

A síndrome de Burnout (SB) é uma resposta prolongada a estressores interpessoais crônicos no trabalho, caracterizada por três dimensões interdependentes: exaustão emocional, despersonalização e redução do sentimento de realização pessoal. Há uma propensão dos profissionais de saúde em desenvolvê-la, sendo frequentemente identificada em médicos de diferentes especialidades (25 a 60%), médicos residentes (7 a 76%) e enfermeiros (10 a 70%) (Perniciotti et al, 2020, p. 35).

Estudo realizado na Nigéria, por Ogboghodo e Edema (2020) evidenciou que, de 448 médicos residentes participantes, a taxa geral de síndrome de *Burnout* foi de 41,7%, sendo a exaustão emocional o indicativo mais prevalente entre os entrevistados, presente em 59,6% dos médicos. O índice geral de *Burnout* desta pesquisa apresentou-se mais elevado que em investigação feita na Holanda por Van Vendeloo e colaboradores (2018), onde o percentual de residentes acometidos pela síndrome foi de 37,3%.

A exaustão emocional pode levar à diminuição da função cognitiva e afetar, de forma negativa, o trabalho e as relações interpessoais. Também pode causar distúrbios psicológicos, como insônia, depressão e doenças mentais, bem como consequências ocupacionais, incluindo insatisfação no trabalho e absenteísmo (Ogboghodo; Edema, 2020).

Pesquisa realizada na Índia por Ratnakaran, Prabhakaran e Karunakaran (2016) sobrepõem os achados de Ogboghodo e Edema (2020), uma vez que a síndrome de *Burnout* foi constatada em 51,85% dentre 558 residentes. Para esses autores, a exaustão

dos residentes está relacionada à depressão, ansiedade, abuso de drogas e álcool e piora da saúde. Residentes exaustos também estão associados a cuidados inadequados aos pacientes. Alguns fatores estão intimamente relacionados ao esgotamento, incluindo sobrecarga de trabalho, recompensas, suporte social, satisfação no trabalho e horário de trabalho.

Em relação aos demais estressores, em pesquisa realizada em âmbito nacional, Pasqualucci e colaboradores (2019), constataram que, dentre 606 médicos residentes, sintomas depressivos estiveram presentes em 19%, sintomas de ansiedade em 16% e sintomas de estresse em 17,7% dos participantes. Nessa conjuntura, é importante destacar que a síndrome de *Burnout* esteve presente em 63% da amostra, sendo este um percentual maior dos que os encontrados por Ratnakaran, Prabhakaran e Karunakaran (2016) e Ogboghodo e Edema (2020) em cenários internacionais.

2.1.2. *Burnout*, Estressores e Ambiente de Aprendizagem: impactos para a formação de médicos residentes

Nessa categoria, evidencia-se como o desenvolvimento de *Burnout* e o acometimento dos residentes por outros estressores impactam de forma direta sobre suas aprendizagens.

Estudo realizado por Ogawa e colaboradores (2018) buscou evidenciar a relação entre longas horas de trabalho e depressão entre residentes do primeiro ano no Japão, obtendo como resultados, que o tempo médio de trabalho por semana foi de 79,4 horas, dos quais 97 residentes (7,8%) trabalham mais de 100 horas, como consequências, aos três primeiros meses como residentes, 45,5% dos médicos que trabalhavam 100 horas ou mais por semana relataram sintomas depressivos clinicamente significativos, que foi significativamente maior do que os entrevistados que trabalharam menos de 60 horas.

Trabalhar horas excessivamente longas foi significativamente associado ao desenvolvimento de sintomas depressivos. O gerenciamento adequado das horas de trabalho dos médicos residentes é fundamental para manter sua saúde física e mental e melhorar a qualidade do atendimento que prestam (Ogawa *et al.*, 2018).

Em consonância a isso, os autores Ogboghodo e Edema (2020) atribuem essas consequências relacionadas a síndrome de *Burnout* e outros estressores, principalmente, as elevadas cargas horárias em que os residentes são submetidos e indicam a necessidade de avaliação dos projetos pedagógicos para que sejam revistas essas condições. Conforme os autores, a durabilidade em horas das atividades desempenhadas por médicos residentes

tende a ocasionar e gerar repercussões em seus desempenhos durante seus treinamentos, assim como também nos atendimentos aos pacientes, uma vez que as longas horas de atendimento reduzem gradualmente a eficiência dos cuidados de saúde prestados.

Em conformidade a isso, Ratnakaran, Prabhakaran e Karunakaran (2016), residentes esgotados também estão associados a cuidados subótimos ao paciente. Fatores que têm uma forte relação com o esgotamento, incluindo sobrecarga de trabalho, recompensas, suporte social, satisfação no trabalho, horas de trabalho, responsabilidades em casa e traços de personalidade também precisam ser avaliados, pois foram encontradas associações com o esgotamento em estudos anteriores.

Uma proporção maior de residentes tinha horas de atendimento de 24 a 48 horas. Isso contrasta com os resultados de um estudo realizado em 2013 em Taiwan, onde a maioria dos entrevistados trabalha de 8 a 12 horas por turno. Esse contraste pode ser devido a alguns fatores, como diferença nas políticas do hospital e regulamentos de gestão, força da força de trabalho e carga de pacientes. No entanto, não houve limite oficial e monitoramento das horas de trabalho do programa de treinamento de residência na Nigéria.

No cenário brasileiro, os residentes médicos são submetidos, também, a elevadas cargas horárias. O programa de residência médica cumpre no máximo 60 horas semanais, incluindo no máximo 24 horas em regime de plantão (Brasil, 1977).

Nessa conjuntura, é importante ressaltar que, nos primeiros meses de residência, os médicos enfrentam estressores particularmente fortes, como a mudança da vida estudantil para a profissional, a exposição a novas relações interpessoais e ambientes de trabalho e a ansiedade decorrente da lacuna entre as altas demandas profissionais e habilidades e experiência insuficientes (Ogawa, *et al.*, 2018).

Em contrapartida a isso, Liu e seus colaboradores (2016) demonstram que esses estressores perpassam por mais tempo durante os programas de residência médica, a depender das grades curriculares. Em sua pesquisa realizada em Taiwan, Liu constatou que algumas apreensões se tornam estressores, tais como: senso de responsabilidade, lidar com a incerteza e relacionamentos interpessoais, resultantes da transição de seu papel de residente observador para praticante, uma vez que um dos residentes relatou que “A experiência de mudança de papéis foi emocionante, mas também estressante” (Liu, 2016, p.4). Então, nota-se que as etapas previstas nos projetos pedagógicos podem desencadear o desenvolvimento de estressores e, como consequência, ocasionar déficits no que diz respeito aos processos de aprendizagem.

No entanto, para Abedini, *et al.* (2019), níveis crescentes de autonomia colaboram para afirmar a competência e ajuda na recuperação do esgotamento, e que a mentalidade e as oportunidades voltadas para a aprendizagem contribuem ao prazer derivado do trabalho.

A respeito deste contraste entre Liu e Abedini, Paulo Freire (2019, p.58) afirma que: “ensinar exige respeito à autonomia do ser do educando”, consistindo em um imperativo ético na prática pedagógica libertadora. Portanto, nota-se que, para a efetivação do processo de autonomia dos residentes no contexto dos seus ambientes de aprendizagens de forma eficaz, é necessário o estabelecimento do respeito entre as partes envolvidas, para que, dessa forma, esse processo não se torne um desencadeador de estressores.

Ainda para Liu *et al.* (2016), o relacionamento com os supervisores pode ser um fator estressante, uma vez que os residentes esperam por devolutivas relacionadas ao seu processo de trabalho. No entanto, nem sempre essa relação se estabelece de forma direta, conforme relato extraído a seguir: “Eu estava preocupado em desapontar meus supervisores. Eles nunca disseram nada diretamente, mas eu podia sentir um pouco de decepção em suas expressões faciais e ações [...]” (Liu et al, 2016, p. 3). Dessa forma, entende-se que a ausência do processo de *feedback* formativo torna-se um potencial estressor.

Nessa conjuntura, pode-se associar essa falha em relação ao processo de *feedback* formativo com a educação bancária conceituada por Paulo Freire, onde o professor desempenha somente um papel de transmissor de informações, configurando um modelo tradicional de ensino. Para Freire, o papel docente deve ir além do repasse de informações, mas este tem o dever de, além de ensinar, possibilitar que o/a educando/a encontre os meios certos para o desenvolvimento de pensamentos críticos e reflexivos (Freire, 2019b). Isto é:

A natureza formadora da docência, que não poderia reduzir-se a puro processo técnico e mecânico de transferir conhecimentos, enfatiza a exigência ético-democrática do respeito ao pensamento, aos gostos, aos receios, aos desejos, à curiosidade dos educandos. Respeito, contudo, que não pode eximir o educador, enquanto autoridade, de exigir o direito de ter o dever de estabelecer limites, de propor tarefas, de cobrar a execução das mesmas. Limites sem os quais as liberdades correm o risco de perder-se em licenciosidade, da mesma forma como, sem limites, a autoridade se extravia e vira autoritarismo (Freire, 2020b, p. 46).

É necessário, portanto, que se construa uma relação mais horizontal entre preceptor e residente, na tentativa de valorizar os conhecimentos dos educandos, de sua

capacidade de construir conhecimento, assim como utilizar métodos que medeiam o compartilhamento de saberes para uma construção conjunta do conhecimento, problematizando a realidade. Esta é uma alternativa que se apresenta na lógica freireana como instrumento de mudança (Gomes; Rego, 2014).

Adaptar-se à nova função e conhecer as novas relações com outros membros da equipe médica também pode causar estresse aos residentes. No estudo de Liu *et al.* (2016), residentes taiwaneses identificaram a comunicação interpessoal durante o período de transição de papéis como uma fonte de estresse. Tais achados se correlacionam com relatos de médicos residentes na Austrália (Kelly, Noonan; Monagle, 2011). Para evitar ruídos na comunicação interpessoal e, assim, minimizar a possibilidade de adoecimento, preceptor e educando precisam abrir-se ao mundo e aos outros (incluindo pacientes e seus familiares e demais membros da equipe de saúde) inaugurando uma relação dialógica nos moldes freireanos, onde os pensares diversos proporcionam o crescimento dos diferentes e o acréscimo de saberes respondem aos desafios cotidianos (Freire, 2020b; 2019b).

Sum, Chew e Sim (2019) sugerem que as percepções do ambiente de aprendizagem medeiam a relação entre estresse e *Burnout*. Abordagens para avaliar e melhorar as percepções dos residentes sobre aspectos de seu ambiente de aprendizagem podem ser uma estratégia eficaz para gerenciar o *Burnout* em programas de residência médica.

Em estudo realizado em Cingapura, constatou-se que os níveis de estresse de dois grupos de residentes (do primeiro e último ano) foram significativamente correlacionados com as várias áreas de percepção do ambiente de aprendizagem. Isso demonstra a necessidade de considerar quais os impactos entre o ambiente de aprendizagem e o estresse. Pesquisa indica que a aprendizagem e o bem-estar dos residentes podem ser afetados negativamente por percepções ruins de seu ambiente de aprendizagem. Dessa forma, os educadores devem considerar e priorizar a promoção de estratégias funcionais de enfrentamento nos residentes, como a autonomia do papel, o apoio social e o ensino como formas importantes para os residentes intervirem precocemente (Chew, Holmboe; Sim, 2019; Sarwar; Tarique, 2016).

Em contrapartida aos contrastes encontrados e evidenciados em cada pesquisa, os autores mencionados convergem em um pensamento semelhante sob a ótica da necessidade da avaliação das condições de trabalho, projetos pedagógicos, bem como sobre a importância da atenção à saúde mental dos residentes. Para os pesquisadores essas

análises se fazem necessárias para a implantação de mudanças que vislumbrem melhores condições de trabalho para aproveitamento da aprendizagem, assim como aporte emocional aos médicos residentes. Além desses apontamentos, destaca-se a importância dessas transformações visando a segurança dos pacientes nos níveis de atenção à saúde, haja vista que, muitas vezes, dependem diretamente do suporte dos residentes para sanarem suas questões no processo de saúde-doença.

2.1.2. Estratégias de prevenção e redução dos danos relacionados aos impactos do estresse e *Burnout* em programas de residência médica

Na presente categoria, elencam-se as estratégias identificadas na literatura para o gerenciamento de estresse e *Burnout* em alguns programas de residência médica. Nessa perspectiva, em seus achados, Pasqualucci e seus colaboradores (2018) retratam em seus achados a importância do debate acerca de medidas de intervenções para melhoria da saúde mental de médicos residentes no que tange ao sofrimento enfrentado, evidenciando que as modificações podem ser centradas no indivíduo, como programas de atenção plena, programas de gerenciamento de estresse e discussões em pequenos grupos, bem como por meio de intervenções de cunho estrutural, como a redução de carga horária de trabalho.

Em conformidade a isso, Ratnakara, Prabhakar e Karunakaran (2016) sugerem em seu estudo o uso de algumas intervenções que visem atenuar os efeitos de estressores e *Burnout*, como aconselhamento, técnicas de atenção plena, terapia cognitivo-comportamental, treinamento de habilidades sociais e intervenções dirigidas à organização, que se mostraram úteis no combate ao esgotamento.

Referente a técnicas de atenção plena, destaca-se o *Mindfulness*. Em estudo realizado na Holanda, os residentes participaram de oito sessões semanais de *mindfulness*. Ao serem questionados sobre suas experiências, os mesmos relatam que se tornaram mais flexíveis, além de desenvolver uma vantagem no estabelecimento de prioridades e limites. Os participantes destacaram a percepção de poder escolher como lidar com o *estresse* advindo do cotidiano no ambiente de aprendizado. Além disso, eles passaram a reconhecer suas limitações, incertezas e erros com maior facilidade, assim como tomar as ações correspondentes. Dessa forma, essa pesquisa evidenciou que os residentes puderam passar a gerenciar melhor seu tempo por meio de um planejamento mais realista com definição de prioridades (Verweij *et al.*, 2018a).

O *mindfulness* também levou a mudanças de atitude que foram úteis no trabalho. Muitos residentes indicaram que aprenderam a adotar uma postura menos crítica, o que os ajudou a aceitar mais experiências desagradáveis e difíceis. Eles eram capazes de reconhecer, permitir e não se identificar com pensamentos, sentimentos ou sensações corporais desagradáveis. Eles perceberam quando devem ser menos críticos e gentis consigo mesmos (Verweij *et al.*, 2018a).

Conforme Paulo Freire (2019a): “a reflexão, se realmente reflexão, conduz a prática”, dessa maneira, ao correlacionar com os achados de Verweij e colaboradores (2018a), infere-se que o exercício do *Mindfulness* no cotidiano dos residentes pode reverberar na efetivação de práticas mais humanísticas no contexto das residências, considerando a relação dos médicos consigo mesmos e, principalmente, com os pacientes.

Constatou-se que os residentes com altos níveis de exaustão emocional, provocadas pelo contexto na residência, pareceram se beneficiar da intervenção. Isso indica o potencial do *mindfulness* como uma intervenção para lidar com o *Burnout* entre os médicos residentes. Além disso, a utilização dessa técnica resultou em melhorias na realização pessoal, preocupação, habilidades de atenção plena, autocompaixão e tomada de perspectiva em toda a população do estudo, sugerindo o seu benefício diante dos efeitos do *Burnout* e estressores, promovendo, assim, o bem-estar em geral entre os residentes da pesquisa (Verweij *et al.*, 2018b).

Partindo de uma avaliação sobre a escassez de intervenções eficazes para reduzir ou prevenir o esgotamento entre os residentes, Runyan, *et al.* (2016) atuaram no desenvolvimento de um plano de atividades com os residentes, obtendo como resultados a constatação de que a elaboração de um currículo, visando a promoção do bem-estar entre médicos residentes, pode ser executado em uma residência com resultados promissores e apoio modesto, desde que se tenha o comprometimento do corpo docente preceptor.

Em consonância a isso, Hategan e Riddell (2020) destacam que os programas de residência médica devem, em conjunto, começar a implementar abordagens inovadoras que possam quebrar a hegemonia da pedagogia do sofrimento vivenciada pelos residentes, talvez criando programas como um "centro de bem-estar para médicos residentes". A concepção de tais programas, no entanto, deve envolver os alunos para melhor compreender suas necessidades e garantir a confidencialidade.

Ainda para esses autores, à medida que o foco na gestão de *burnout* e estressores passa a ser uma responsabilidade mútua entre os médicos residentes e as instituições de ensino e saúde, tem-se o alicerce necessário para ocasionar uma necessária mudança cultural no que tange ao esgotamento dos residentes, promovendo um diálogo mais aberto, bem como empoderando e apoiando os médicos ao passo que os mesmos assumam a responsabilidade por seu próprio bem-estar para que possam colher os frutos de uma vida mais gratificante e vida profissional sustentável (Hategan; Riddell, 2020).

Em conformidade a isso, sob a ótica Freireana, “Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão” (Freire, 2019, p. 71). Dessa forma, confirmam-se os pressupostos de Hategan e Riddell, uma vez que se entende que, para o alcance da prática libertadora, proposta por Paulo Freire (2019), é necessário o envolvimento de docentes, discentes (residentes) e gestores, por meio de uma práxis pedagógica dialógica e crítica.

Assim, por meio dessa Revisão Integrativa de literatura, foi possível constatar o cenário da problemática que cerceia os programas de residência médica no que tange aos efeitos de estressores e *Burnout* sobre os médicos, perpassando por efeitos sistêmicos que repercutem sobre suas aprendizagens individuais. Nota-se que, o modelo de ensino nos programas de residência, realmente tornam os residentes propensos ao acometimento por estressores e até mesmo ao desenvolvimento da síndrome de *Burnout*.

Além disso, em todos os estudos identificados sobre a prevalência da síndrome de *Burnout* e estressores, os percentuais de acometimento se apresentaram elevados, sendo estas problemáticas recorrentes nos âmbitos das residências médicas. Destaca-se, portanto, os efeitos negativos advindos disso, como declínio da função cognitiva, impacto nas relações interpessoais, distúrbios psicológicos, como ansiedade, insônia e depressão. Acrescenta-se que o esgotamento por esses fatores gera o comprometimento da prestação de uma assistência qualificada aos pacientes.

Ademais, tornou-se perceptível que essas repercussões atingem diretamente o ambiente de aprendizagem dos residentes, sendo este viés também alicerçado nos moldes em que os médicos são submetidos em seus respectivos programas de residência. Nessa conjuntura, destacam-se as elevadas cargas horárias de trabalho, o desempenho de novas funções no decorrer da residência, bem como a ausência de *feedback* formativos.

Em contrapartida a isso, foi observada a necessidade de intervenções no que diz respeito ao bem-estar dos residentes. Sendo assim, têm-se, em algumas estratégias, o alicerce para a promoção de um ambiente mais favorável aos médicos como a elaboração

de currículos com atividades que vislumbrem os cuidados com a saúde mental, assim como a execução de técnicas de atenção plena como o *mindfulness*. No entanto, ainda há a necessidade de essas questões serem tomadas como responsabilidade mútua entre gestores, docentes e residentes, para que as melhorias necessárias se tornem uma cultura no âmbito das residências médicas.

Como limitações deste estudo, destaca-se a escassez, referente a essa temática, na literatura nacional, uma vez que apenas um artigo selecionado foi desenvolvido em cenário brasileiro. Todavia, por meio desta RIL, identifica-se indícios da existência de uma Pedagogia do Sofrimento, promotora de adoecimento nos programas de residência médica, resultando em um elevado número de casos de *burnout*, que pode ter estreita vinculação aos processos formativos.

2.2. Trajetória metodológica

2.2.1. Tipo, abordagem e método da pesquisa

Optou-se nesta tese pela pesquisa de campo de abordagem qualitativa. Para Denzin e Lincoln (2006, p. 23):

palavra qualitativa implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente [...] em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência”.

A pesquisa qualitativa, portanto, deve ser entendida como um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo, envolvendo abordagens interpretativas e naturalísticas dos assuntos. Isto significa que o pesquisador qualitativo estuda fenômenos em seu ambiente natural, buscando dar sentido ou interpretá-los), segundo o significado que as pessoas lhe atribuem (Denzin; Lincoln, 2006)

Para Minayo (2006, p.57) o método qualitativo “é que se aplica ao estudo da história, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. De acordo com Bauer, Gaskell e Allum (2008, p. 30 apud Mussi et al., 2020, p. 421):

As abordagens qualitativas de pesquisa se desenvolveram paralelamente às quantitativas, focando sua atenção na indução, nos mecanismos subjacentes aos comportamentos e as interpretações destes pelos próprios sujeitos, valorizando a diversidade (Alami; Desjeux; Garabau-Moussaoui, 2010). Estudos com essa abordagem objetivam o aprofundamento da compreensão de um fenômeno social por meio de entrevistas em profundidade e análises qualitativas da consciência articulada dos atores envolvidos no

fenômeno. Nessa perspectiva, a pesquisa qualitativa permite “dar voz às pessoas, em vez de tratá-las como objetos”.

Minayo (2007) destaca, ainda, que a pesquisa qualitativa é importante para: a) compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; b) entender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; c) a avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina.

Quanto ao método, a pesquisa desenvolve-se segundo a abordagem fenomenológica, que se situa no âmbito da filosofia, no campo da gnoseologia e da epistemologia, debatendo questões fundamentais sobre o conhecimento humano (Oliveira, 2005). Sobre abordagem fenomenológica, Streck et al (2019, p. 226) explicam que:

Sob a perspectiva fenomenológica, ficará sempre interdita a separação entre micro e macro, dentro e fora, profano e sagrado, material e imaterial, particular e universal, ética e política. Talvez a diferença resida no fato de que a fenomenologia não crê em sínteses finais na história. Parte do inquieto mundo vivido (lebenswelt), mundo circunstanciado na relação com a incompletude de sujeito de olhar datado, que emerge no tempo e no espaço, dramáticos, com um corpo próprio “historiador”. E o lugar privilegiado do encontro e do engajamento é só um: se chama fenômeno! Não há transparências, não há essências puras, nuas para humanos; espaço-e-tempo-e-mundo é o lugar da transfiguração; do velamento-revelação – a teologia falaria de sacramento –, isto é, o encontro possível, definitivo e dinâmico do sujeito com o mundo e com as demais outreidades. É no fenômeno (fai-noumenon) – lugar da ambiguidade – que nos encontramos mediados: o mundo-em-nós-e-para-nós e nós-em-mundo-e-para-o-mundo, sem que haja uma só fronteira, átimo ou membrana que nos possa separar do continuum que nos constituímos, um para o outro, irreduzivelmente fundidos.

Assim, a fenomenologia apresenta-se como filosofia, como ciência e como método para obter um conhecimento rigoroso, na qual a ciência é compreendida não como uma experiência direta do mundo, mas uma experiência indireta, mediada pela vivência do sujeito no mundo (Oliveira, 2005).

A dialética fenomenológica que se preze não aplana montes, não entulha depressões, nada reduz e nada rejeita, para aparar a arestas do mundo. A pessoa carece das outreidades e das alteridades para continuar sendo, e se autoproduzindo (autopoiése) pela palavra e pelo trabalho. A percepção do mundo vivido é já a resposta ao convite à liberdade, pré-condição da humanização que quebra, pela luta, a dependência a toda a forma de alienação e subserviência Streck et al (2019, p. 228).

A fenomenologia articula-se à existência da pessoa humana, sendo destacada a sua consciência como parte do processo de sua relação no e com o mundo. Na abordagem fenomenológica, a experiência vivida pelo sujeito é algo que lhe é significativo e o

fenômeno, um conceito que não se limita a esfera da realidade sensorial dada, percebida pelos sentidos, mas inclui, também, a realidade entendida ou objetivada, ou seja, elementos subjetivos, a consciência, o sentimento, o desejo e a vontade (Peixoto, 2003; Oliveira, 2005).

2.2.2. Local da pesquisa

Quanto ao local para realização desta pesquisa, definiu-se um Hospital Público Estadual de grande porte, instituição pertencente à rede SUS do Estado do Pará, que devido a especificidade do atendimento, serve de campo de prática para muitos residentes médicas/os por meio de parcerias interinstitucionais.

Trata-se um hospital público estadual, que atende os usuários do Sistema Único de Saúde. Além do viés assistencial, o hospital desenvolve atividades de ensino e pesquisa, contribuindo para a formação de profissionais de saúde, de nível técnico e superior, ofertando estágios, internato médico, programas de residência médica e multiprofissional em saúde e campo para pesquisas científicas sob coordenação da equipe de Ensino e Pesquisa.

O Hospital possui, ainda, convênios com Hospitais e com Instituições de Ensino Superior, como por exemplo: Universidade do Estado do Pará (UEPA), Universidade Federal do Pará (UFPA), Centro Universitário do Pará (CESUPA), Universidade da Amazônia (UNAMA), Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ).

Neste contexto, a possibilidade de dialogar com residentes de vários programas de residência médica, inclusive oriundos de outras instituições ofertantes, foi definitivo para a escolha do local de pesquisa. Convém ressaltar que, a instituição terá seu anonimato preservado em virtude do respeito à dignidade humana, neste caso a preservação do anonimato das/os participantes da pesquisa, um aspecto crucial no desenvolvimento desta pesquisa, conforme será exposto a seguir.

2.2.3. Conhecendo as/os participantes da pesquisa

Segundo a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, o termo participante da pesquisa refere-se ao indivíduo ou grupo, que não sendo membro da equipe de pesquisa, dela participa de forma esclarecida e voluntária, mediante a concessão de consentimento e também, quando couber, de assentimento, nas formas descritas na legislação brasileira. Assim, esta pesquisa teve como participantes, médicas

e médicos residentes, que foram entrevistados no período de março a maio de 2023, após a anuência do Comitê de Ética em Pesquisa, nas dependências do departamento de ensino de um Hospital Público Estadual, na Região Metropolitana de Belém, no Estado do Pará.

Assume-se nesta pesquisa como critério de inclusão ser residente médica/o, com matrícula regular e em formação na Rede SUS, quer seja federal, estadual e/ou municipal, com disponibilidade e desejo de responder ao roteiro semiestruturado de entrevista proposto pela pesquisadora, em um movimento dialógico sobre o *estar sendo* residente, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quanto aos critérios de exclusão foram previstos: ser residente médica/o e estar de licença à saúde; ser residente médica/o e estar de férias; ser residente médico/a e estar afastado para cumprimento de serviço militar obrigatório

Antes de descrever os participantes da pesquisa, faz-se necessário pontuar, que foi pactuado com as pessoas entrevistadas, a supressão de características identificadas por elas como ameaças ao anonimato, a fim de evitar retaliações no curso da formação, apesar do aceite institucional e da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa. Assim, foram suprimidas características como: o nome do programa de residência, a instituição ofertante, ano e local (instituição e município) da graduação em medicina, idade do participante, entre outras. Entende-se que no reconhecimento e na afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, afirma-se a vida.

Outra informação importante, diz respeito a identificação dos participantes, pois mesmo sendo ofertada a possibilidade de escolha, as pessoas entrevistadas optaram pelo código alfanumérico, onde RM significa “Residente Médica/o” e a sequência numérica identifica a ordem em que foram entrevistadas, como por exemplo “RM01”, identificando o primeiro residente médico entrevistado e assim, sucessivamente. Importa ressaltar que a estratégia de codificar os(as) residentes médicos(as) assume, neste estudo, uma atitude qualitativa da pesquisa que envolve seres humanos, por preservar a identidade de seus participantes.

Os participantes desta pesquisa foram 07 residentes cursando programas em área clínico-cirúrgica, sendo a maior parte da carga horária desenvolvida nos hospitais públicos da rede SUS. A maioria entre 25 e 30 anos de idade e com menos de 3 anos de conclusão da graduação em medicina, sendo 04 do sexo feminino e 03 do sexo masculino. Do total, 04 são oriundos de instituições privadas de ensino superior e 03 de instituições públicas, e apenas 01 residente está cursando um segundo Programa de Residência Médica (PRM). Os PRM podem ter duração de dois a cinco anos, conforme a

especialidade cursada, o que inclui aquelas de acesso direto ou com pré-requisito (que exigem, para ingresso, ter cursado outra anteriormente), além dos chamados programas de anos adicionais (em áreas de atuação) (Scheffer *et al*, 2023). Destaca-se que as(os) residentes são de 04 programas distintos, com duração entre 2 e 3 anos e ofertados por instituição pública de ensino superior e hospitais públicos estaduais, consoante a figura a seguir:

FIGURA 4 – Tabela de identificação das/dos participantes da pesquisa.

Identificação	Sexo	Tipo de instituição da graduação em Medicina/Localização	Tipo de residência médica	Tipo de Instituição ofertante do PRM
RM 01	Feminino	Privada/ no Pará	Clínico cirúrgica	Hospital Público Estadual
RM 02	Masculino	Pública/ no Pará	Clínico cirúrgica	Hospital Público Estadual
RM 03	Masculino	Privada/outro Estado Brasileiro	Clínico cirúrgica	Hospital Público Estadual
RM 04	Masculino	Privada/ no Pará	Clínico cirúrgica	Hospital Público Estadual
RM 05	Feminino	Privada/ outro Estado Brasileiro	Clínico cirúrgica	Hospital Público Estadual
RM 06	Feminino	Pública/ no Pará	Clínico cirúrgica	Instituição de Ensino Superior Pública
RM 07	Feminino	Pública/ no Pará	Clínico cirúrgica	Hospital Público Estadual

Fonte: Dados coletados na pesquisa de campo, 2023.

Os participantes da pesquisa recebem bolsa para regime especial de treinamento em serviço de 60 horas semanais, paga pelo Governo Federal, com atividades concentradas majoritariamente nos hospitais públicos da Rede Estadual de Saúde, embora frequentem instituições públicas federais e municipais, bem como hospitais privados, a depender das parcerias institucionais firmadas para o desenvolvimento atividades do PRM.

A análise de Scheffer *et al* (2023) corrobora os achados nesta tese, ao evidenciar que o financiamento de bolsas de Residência Médica no Brasil é majoritariamente público, com cerca de 40% das bolsas de RM pagas pelo Ministério da Saúde (MS), seguido pelo Ministério da Educação (MEC) (21%) e pelos governos estaduais (19%). Todavia, tem crescido a participação das secretarias estaduais e municipais de saúde na oferta de bolsas, que também podem ser financiadas com recursos próprios de instituições públicas, hospitais filantrópicos e privados, entretanto, no cenário paraense, a quase totalidade das bolsas são custeadas pelo Governo Federal (Scheffer *et al*, 2023).

A concessão de bolsas é prevista em lei e, desde janeiro de 2022, o valor mensal passou a ser de R\$ 4.106,09, ao qual podem ser acrescidos benefícios excepcionais. As

bolsas de RM podem ser custeadas por múltiplas fontes. O Ministério da Saúde, principal financiador, aloca recursos em bolsas vinculadas a políticas dirigidas ao SUS, como o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), enquanto o MEC financia bolsas de hospitais universitários federais. As secretarias estaduais da saúde são a segunda principal fonte financiadora de RM, mas também há bolsas pagas por municípios, hospitais filantrópicos e hospitais privados. (Scheffer *et al* 2020).

Scheffer *et al* (2023) comunica que, em sua maioria, o público prioritário entre os ingressantes são recém formados, seguindo a tendência verificada no estudo “Demografia Médica no Brasil”, conduzido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), que em 2023 verificou: “a maioria (58%) dos médicos que ingressou pela primeira vez em uma RM o fez imediatamente após a conclusão da graduação, ou em até um ano depois de formados”; vale ressaltar que o estudo contou com a participação de 1.614 médicos residentes em atuação no país (Scheffer *et al*, 2023, p. 149).

Na presente tese, nota-se que, quanto ao sexo, as mulheres são o maior quantitativo, com 04 entrevistadas, compatível com a participação feminina na população nacional de residentes, que na pesquisa de Scheffer *et al* (2023) alcançou 56, 5% do universo do estudo. Os dados podem refletir a tendência de feminização da Medicina no Brasil, conforme apontado por Scheffer *et al* (2020, p.112), ao analisar os resultados segundo a demografia médica naquele ano, que verificou que:

Dentre os 53.776 médicos residentes em 2019, a maioria era formada de mulheres (55%), o que reflete a tendência de feminização da Medicina no Brasil. A maior parte (58,4%) tinham entre 25 e 29 anos, faixa que concentra uma proporção maior de mulheres.

Embora a maioria dos médicos em atividade no Brasil seja de homens, os levantamentos feitos por Scheffer *et al* (2020, p. 41), ao conduzir os estudos de demografia médica anunciam a diminuição da diferença de gênero, ano a ano:

Os homens ainda são maioria entre os médicos em atividade no Brasil, mas a diferença relacionada a gênero vem diminuindo ano a ano, como mostram os levantamentos mais recentes do estudo Demografia Médica no Brasil. Em 2020, os homens representavam 53,4% da população de médicos e as mulheres, 46,6%. Há cinco anos, na pesquisa de 2015, médicos homens somavam 57,5% do total, e as médicas, 42,5%. Trinta anos atrás, em 1990, as mulheres eram 30,8%. Nos grupos mais jovens, as mulheres já são maioria em 2020. Elas representam 58,5% entre os médicos de até 29 anos e são 55,3% na faixa etária de 30 a 34 anos. No grupo com idade entre 35 e 39 anos, há um equilíbrio numérico entre os gêneros, com 49,7% de mulheres. A presença masculina na profissão médica aumenta com as faixas etárias. No grupo de 40 a 44 anos, os homens são 55,4%. Ainda que haja uma pequena redução nas

faixas entre 45 e 59 anos, os médicos saltam para 59,8% no grupo com idade entre 60 e 64 anos. Na faixa etária seguinte, ou seja, até 69 anos, os homens são 67,7% e, quando acima dos 70 anos, chegam a 79%. A cada dez médicos desse grupo mais idoso, apenas duas são mulheres.

No percurso histórico da medicina no Brasil verifica-se que até 1910, os homens perfaziam 77,7% e as mulheres, 22,3%, alcançado a diferença recorde em 1960, quando chegou a 87%, e as mulheres se limitavam a 13%. A partir dos anos 1970, com a abertura de grande número de escolas médicas, as mulheres ampliam sua participação e passam de 15,8% em 1970 para 46,6% em 2020 (Scheffer *et al*, 2020). Ainda segundo os autores, a maior presença de mulheres começa em 2009, fato comprovado a partir da análise dos novos registros de médicos nos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), entre 2000 e 2019, conforme esclarecem:

No ano de 2000, por exemplo, 4.572 homens registraram-se nos conselhos, contra 3.594 mulheres – 56% e 44%, respectivamente. Em 2009, as médicas passaram a ser maioria. Do total de inscritos naquele ano, 50,4% eram mulheres e 49,6%, homens. Em 2019, 21.941 novos médicos fizeram suas inscrições, dos quais 57,5% eram mulheres e 42,5%, homens (Scheffer *et al*, 2020, p. 43).

De fato, as mulheres precisam comemorar o avanço no ensino superior e na pós-graduação no Brasil. Apesar dos dados aqui mostrados, estarem circunscritos à educação médica, a diferença mostrada na tendência histórica revelada Scheffer *et al* (2020), evidencia a estrutura patriarcal que por muitos anos determinou o lugar da mulher na sociedade brasileira.

No livro “A história das mulheres no Brasil”, organizado pela historiadora brasileira Mary Del Priore (2009), são tratadas algumas razões que podem explicar a supremacia do gênero masculino na medicina brasileira. No imaginário social da época, persistente nos dias atuais, com atualização ideológica e validação pelas religiões monoteístas patriarcais, apesar da resistência da luta feminista, o lar era essencialmente o lugar destinado à mulher. Nascidas para o lar, para a procriação e para a manutenção da felicidade do marido e das crias, existia incompatibilidade entre casamento e vida profissional.

Discursos e preconceitos sobre o trabalho feminino foram amplamente difundidos, de forma a condicionar e a restringir a ambição feminina ao casamento e a família. Perigos como a perda da feminilidade e dos chamados “privilégios do sexo feminino”, como por exemplo, o respeito, a proteção e o sustento garantidos pelos homens, seriam fatais a partir do momento em que as mulheres ousassem adentrar o mundo competitivo das ocupações antes destinadas aos homens (Priore, 2009). Assim,

a educação com vistas a um futuro profissional e, conseqüentemente, o investimento em uma carreira eram bem menos valorizados para as mulheres que para os homens devido à distinção social feita entre feminino e masculino no que dizia respeito a papéis e capacidades (Priore, 2009, p. 625).

Entretanto, a partir da década de 1950, amplia-se o acesso de mulheres na educação formal e as áreas de conhecimento antes reservada aos homens, além da maior participação feminina no mercado de trabalho, consequência da industrialização do Brasil. Se antes, as ofertas restringiam-se ao setor de serviços, comércio e ao serviço público, a industrialização fez surgir oportunidades de emprego em profissões como enfermagem, medicina, serviço social, entre outras, que passariam a exigir a qualificação feminina, provocando mudanças no *status* social das mulheres (Priore, 2009). Vale ressaltar, que nos anos 1950, a industrialização brasileira culminou com um movimento sanitário desenvolvimentista, caracterizado pelo surgimento dos grandes hospitais com a lógica de especialização de recursos humanos, expansão rápida dos serviços de saúde e instauração da prática de Convênios – Empresa (Baptista, 2007). Assim, como no caso do magistério, considerado o mais próximo da função de “mãe” (Priore, 2009), as profissões essencialmente do cuidado, como no caso da enfermagem e do serviço social, por exemplo, podem ter ampliado a participação feminina no ensino superior, cabendo um estudo mais detalhado a partir do viés da interseccionalidade, o que não se pretende com esta pesquisa.

Decerto a crescente escolarização formal e maior participação feminina no mercado de trabalho a partir da década de 1950, ameaçava a manutenção do patriarcado e a hierarquia entre masculino e feminino. Desta forma:

Para manter as hierarquias entre masculino e feminino, as possíveis ameaças da “mulher culta” às relações tradicionais teriam de ser neutralizadas por ideias como: um certo nível cultural é necessário à jovem para que saiba conversar e agradar os rapazes assim como é útil para o governo de uma casa e a educação dos filhos, entretanto os rapazes evitam as garotas muito inteligentes e a “mulher culta” tem menos chances de se casar e de ser feliz no casamento. (Priore, 2009, p. 625-626).

Isto posto, evidencia-se que apesar do decréscimo da proporção de homens para mulheres com curso superior, que em 1950 era de 8,6% para 1% e, que em 1960 baixou, para 5,6%, ter um curso superior não significava que todas as mulheres exerceriam a profissão ao se formarem (Priore, 2009). É preciso compreender que a projeção do homem trabalhador e a hierarquia do masculino sobre o feminino foi respaldada pela legislação brasileira, durante muitas décadas, invisibilizando o trabalho feminino e sequer reconhecendo as trabalhadoras como parte da população economicamente ativa.

Seguindo esta lógica, a cidadania social restringia-se aos homens até os anos 1920, sendo somente em 1932 garantido o direito à cidadania política às mulheres brasileiras, com a conquista do direito ao voto,

no entanto, não podemos deixar de reconhecer que as aspirações à cidadania no mundo do trabalho, as que buscam proporcionar iguais oportunidades entre homens e mulheres, passam por um demorado silêncio, interrompido entre 1979 e 1985 (Priore, 2009, p. 644).

De fato, as modificações do modelo de cidadania, serão sentidas somente a partir da redemocratização do país e da promulgação da Constituição Federal de 1988, conforme retrata Priore (2009, p. 665-666):

Para alcançar os direitos sociais, as trabalhadoras impulsionam modificações complexas que atingem arraigadas dimensões culturais na divisão sexual do trabalho. Elas questionam sua marginalização na definição dos direitos, tentam abolir a discriminação de gênero nas relações econômicas, culturais e sociais, exigindo a igualdade com os maridos no exercício das responsabilidades familiares. Essas iniciativas buscam superar as ambiguidades e as tensões no interior dos estatutos sociais: o de trabalhadora e de trabalhador, o de esposa e de marido, o de mãe e de pai. Também permitem que as trabalhadoras se aglutinem e se mobilizem envolvendo vários atores coletivos com poder de mediação e de arbitragem social – os sindicatos, as centrais sociais, ONGs (Organizações não Governamentais) e o próprio Estado, ganhando o apoio de interlocutores influentes sobre a opinião pública, através dos meios de comunicação, centros de pesquisa, universidades, grupos feministas, representantes parlamentares, agências internacionais, entidades associativas e confessionais, etc. Graças à ampliação desse fluxo de informações, às reivindicações específicas de homens e mulheres, e graças à construção de formas de representação inovadoras, as trabalhadoras conseguem formular princípios sociais e jurídicos sobre a igualdade de gênero.

Os dados históricos comprovam que os homens no Brasil se beneficiaram mais do sexismo do que as mulheres e conduziram o Estado Brasileiro para a manutenção de seus privilégios, enraizando os valores do patriarcado. Somente a partir da tomada de consciência das mulheres e estabelecimento de uma solidariedade política (Hooks, 2023), foi possível enfraquecer o sexismo, enfrentar o patriarcado, assegurar a cidadania plena as mulheres no Brasil e ocupar espaços antes exclusivos ao masculino. Isso significa que, talvez, sem o aparelhamento do Estado Brasileiro pelo patriarcado, a feminização da medicina pudesse ser previamente sentida e não somente nos anos 1990.

Com efeito, apesar da feminização no Brasil, a medicina continua a ser espaço de perpetuação da dominação do masculino sobre o feminino, conforme ilustra as falas das residentes médicas entrevistadas:

Não é fácil, ainda mais nesse ambiente que é muito masculinizado, né? Então você às vezes escuta piadinhas, às vezes os homens, inclusive os residentes. Eles querem se aproveitar da gente por ser mulher. Eles acham que eles estão no direito de estarem na nossa frente, quando na verdade não estão. (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.

*Ser residente médica? Médica no feminino? [...] às vezes é péssimo, porque é um ambiente machista. Era nítida a diferença. É nítida a diferença de alguns chefes, entendeu? Então não é fácil. **Tem diferença no tratamento com as mulheres! Porque eles acham que não é um ambiente de mulher. Eles estavam muito acostumados a ser um ambiente só homem. Eles falavam o que queriam, faziam as piadas que eles queriam** (RM 06, sexo feminino). **Grifo nosso.***

Percebe-se que a medicina, assim como toda e qualquer estrutura social, foi e permanece organizada segundo uma hierarquia de dominação sobre o feminino, que naturaliza a objetificação e a submissão das mulheres, perpetuando violências nos corpos e nas subjetividades. Na cultura do dominador, os homens são socializados “para acreditar que a dominação é a base das relações humanas” (Hooks, 2021b, p. 133).

O sexismo e o machismo são presença tanto nas falas quanto nos comportamentos dos preceptores e dos residentes médicos. Vale ressaltar, que a própria arquitetura institucional privilegia os homens, visto que nos espaços de repouso e nos banheiros, espaços anteriormente pensados exclusivamente para o masculino, não foram transformados e sim adaptados para a chegada das mulheres, espaços que desrespeitam cosmovisões, culturas, crenças, subjetividades e que, constantemente, legitimam violências sobre o feminino. Nesta lógica, é imprescindível designar quais comportamentos e lugares que as mulheres merecem ocupar:

*Quando tem alguma **mulher** no meio que não abaixa a cabeça, é pior ainda. Por exemplo, eu já ouvi de um **chefe** falou assim tu olha no olho da pessoa, você tem que olhar pra baixo, **tem que ser submissa!** (RM 06, sexo feminino). **Grifo nosso.***

É pelo simples fato de ser mulher, que a médica residente é abruptamente silenciada e vilipendiada no seu direito de se revoltar, mesmo que essa revolta signifique levantar a cabeça e olhar para o seu algoz.

No espaço, público ou privado, familiar ou não, homens se articulam de maneiras semelhantes para disseminar e manter o pensamento machista e sexista, proliferando padrões de comportamento “sobredeterminados pela noção convencional de obediência à autoridade e às regras” (Hooks, 2021b, p. 138-139). O anseio de dominar do patriarcado, cria estratégias desumanas e violentas – ser mulher é acostumar-se a olhar para baixo e a silenciar diante da voz masculina.

Socialmente, a maioria das mulheres é formatada para o silenciamento, no prazer, na dor, na violência psicológica e/ou física. O silêncio é do feminino, segundo o discurso

correto de “feminilidade machista”, o sinal incontestado da submissão da mulher à autoridade patriarcal (Hooks, 2019a).

Revela-se, a partir dessas falas iniciais, a naturalização da subalternização da mulher; sexismo e machismo são presença nos programas de residência médica, ou seja, a residência médica funciona segundo a cultura do patriarcado dominador, comprometendo a autoestima das médicas residentes, sendo prejudiciais à saúde física e mental, podendo influenciar no desempenho acadêmico e na empregabilidade da mulher, problemática que será tratada com mais afinco durante a análise de dados.

Outro fator que merece destaque é que, entre os participantes desta pesquisa, a maioria cursa a residência médica no mesmo município da graduação, dados que diferem do registrado nacionalmente, onde “67,9% dos residentes entrevistados cursavam RM em cidades ou estados diferentes das localidades nas quais concluíram a graduação” (Scheffer *et al*, 2023, p. 149). Esses dados possibilitam compreender a mobilidade territorial, a migração interna, além de auxiliar no planejamento da oferta de programas de residência médica e da distribuição de especialistas no país.

Para compreender essa realidade, é importante identificar que a Região Norte do país, no que tange à distribuição dos profissionais médicos e médicas no Brasil, tem taxa abaixo da média nacional, com 1,45 médicos por 1.000 habitantes, segundo o levantamento de Scheffer *et al* (2023) que analisou localização geográfica, número de médicos, população e razão de médicos por 1.000 habitantes, no qual foi considerado corte temporal em junho de 2022, quando o Brasil contava com 514.215 médicos. Ainda, de acordo com o estudo, a Região Norte registra menos da metade da densidade de médicos do Sudeste que atualmente é de 3,39 médicos por 1.000 habitantes, seguida do Centro-Oeste (3,10), Sul (2,95) e o Nordeste, com 1,93 (Scheffer *et al*, 2023).

Historicamente essa distribuição desigual começa a se desenhar com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, no percurso de invasão e apropriação do território brasileiro. Institucionaliza-se programas de ensino, com normalização das práticas médicas em conformidade com o modelo europeu por ocasião da fundação da primeira Faculdade de Medicina no município de Salvador, denominada inicialmente de Escola de Cirurgia da Bahia, em 18 de fevereiro de 1808 por Dom João VI (Baptista, 2007). Todavia, desde 1763, a capital do Brasil foi transferida de Salvador para o Rio de Janeiro, concentrando as ações de saúde pública de proteção e saneamento, nas cidades portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados, principalmente nos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, que passariam a organizar não somente o

cuidado em saúde, mas a definir as políticas econômicas e sociais para o restante do território brasileiro (Baptista, 2007; Aguiar, 2015).

Com empenho, consolida-se a tradição da excelência da educação médica na Região Sudeste, também detentora da maior oferta de cursos de graduação em medicina, sendo 150 cursos de medicina em funcionamento na região, sendo 30 (3.035 vagas) em instituições públicas e 120 (15.289 vagas) em instituições privadas de ensino (Scheffer *et al*, 2023).

Em contrapartida, na Região Norte são ofertados apenas 16 (1.150 vagas) cursos em instituições públicas e 28 (2.636 vagas) cursos de graduação em instituições privadas, sendo que o Pará lidera a oferta de cursos de graduação, sendo 5 (370 vagas) em instituições públicas de ensino e 7 (690 vagas) em instituições privadas de ensino (Scheffer *et al*, 2023). É importante salientar que o estudo de Scheffer *et al*, 2023, aponta que de 2013 a 2022, registrou-se a maior expansão do ensino médico da história do Brasil, sobretudo nas instituições privadas de ensino:

Proporcionalmente, a participação das instituições públicas no ensino médico atingiu seu menor patamar histórico em 2022, quando menos de um quarto das vagas (9.725) era oferecido em 121 escolas públicas. A imensa maioria das vagas (32.080), mantidas por 268 cursos privados, representavam quase 77% do total em 2022 (Scheffer *et al*, 2023, p. 101).

Sobre a distribuição e a expansão de cursos e vagas de medicina no Brasil, Scheffer *et al* (2023, p. 112) advertem que:

Além do eventual impacto na distribuição de médicos no Brasil, a expansão de cursos e vagas de medicina tem sido acompanhada de intensos debates sobre a qualidade da formação e sobre a oferta de Residência Médica em quantidade hoje insuficiente para acompanhar a ampliação da graduação.

Essa desigualdade na oferta de cursos e vagas e na distribuição é percebida, também, quando analisamos o quantitativo de programas e de vagas de residência médica autorizados pelo MEC. No ano de 2021, 4.950 programas de RM estavam credenciados no Brasil, autorizados a formar médicos em 55 especialidades e 59 áreas de atuação reconhecidas pela Comissão Mista de Especialidades (CME), composta por representantes da Comissão Nacional de Residência Médica, do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Médica Brasileira (AMB) (Scheffer *et al*, 2023). “A região Sudeste concentrava 56,1% dos médicos residentes em 2021, seguida pelas regiões Nordeste (16,7%) e Sul (16,1%). Centro-Oeste (7,5%) e Norte (3,6%) têm as menores proporções de residentes” (Scheffer *et al*, 2023, p. 133). Quando se estratifica a quantidade de residentes por Estados, têm-se:

O estado de São Paulo concentra um terço (33,3%) de todos os residentes, seguido por Minas Gerais (11,1%), Rio de Janeiro (10,0%) e Rio Grande do Sul (7,1%). Já os estados de Roraima e Amapá, juntos, contavam com menos de 100 residentes. Das 27 unidades da Federação, 11 possuem menos de 1% do total de residentes do país. Desses estados, com exceção do Mato Grosso, todos se localizam nas regiões Norte e Nordeste. (Scheffer *et al*, 2023, p. 133).

Os estudos de Scheffer *et al* (2023) identificaram que 46% das instituições que oferecem RM se concentram na região Sudeste, onde está metade dos programas credenciados. Consequentemente, a maior parte das instituições e programas encontra-se nos estados de São Paulo (153 instituições e 1.240 programas), Minas Gerais (101 instituições e 642 programas) e Rio de Janeiro (89 instituições e 544 programas).

Em contrapartida, a região Norte conta com o menor número de instituições (43) que, juntas, oferecem um total de 210 programas, ou 4,2% do total. No Pará temos 09 instituições e 79 programas de residência médica ofertados (Scheffer *et al*, 2023). Neste sentido, percebe-se a escassez na oferta de programas de residência médica e de vagas no Pará, fato que pode explicar a baixa migração de recém-formados vindos de outros Estados para cursar alguma especialidade – somente 02 participantes desta pesquisa são oriundos de outros Estados.

Quanto à especialidade, a totalidade das pessoas entrevistadas nesta pesquisa cursam programas em áreas cirúrgicas em conformidade com os achados de Scheffer *et al* (2023, p. 137), que evidenciaram que “em 2021, cerca de 48% dos médicos residentes cursavam programas em cinco especialidades: Clínica Médica (14,2%), Pediatria (10,9%), Ginecologia e Obstetrícia (9,2%), Anestesiologia (7,1%) e Área Cirúrgica Básica (6,5%)”. Vale ressaltar que a concentração em Clínica Médica e Cirurgia Geral/Área Cirúrgica Básica se deve também ao fato de serem pré-requisito para acessar outros programas de Residência Médica (Scheffer *et al*, 2023).

2.2.4. Estratégias metodológicas

Para levantamento e produção de dados elegeu-se como estratégias metodológicas: realização de entrevistas semiestruturadas, levantamento bibliográfico e levantamento documental.

2.2.4.1. Entrevistas semiestruturadas

A entrevista com roteiro semiestruturado foi realizada mediante agendamento prévio com as/os residentes, muitas vezes sendo desenvolvidas no intervalo para o almoço, ou no término dos plantões. Sobre esse tipo de instrumento Minayo (2006, p.26), afirma que o mesmo “[...] combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. Cada entrevista foi gravada em áudio e depois transcrita, para evitar perdas de informações importantes suscitadas no diálogo entre pesquisadora e participantes da pesquisa.

O roteiro da entrevista iniciou com questões objetivas que abordaram a identificação da/o residente e do programa de residência cursado. A segunda parte composta por 10 questões subjetivas, que versaram sobre a compreensão do que é um programa de residência, motivação da escolha pessoal em cursar determinado programa, identificação das práticas pedagógicas, dos papéis a serem desempenhados por preceptores e residentes além do tipo de relação pedagógica que envolve residente e preceptores conforme descrito no Apêndice A. As informações obtidas nas entrevistas foram gravadas, transcritas, analisadas e utilizadas no âmbito desta pesquisa.

É importante descrever os sentimentos e inquietações suscitadas por esta pesquisa, vivenciadas a partir do lugar de pesquisadora no processo dialógico desenvolvido nas seguintes etapas: no processo de proposição e aceite institucional da pesquisa no Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital onde as entrevistas ocorreriam; no momento do convite as/aos possíveis participantes da pesquisa; no momento da realização das entrevistas e do movimento dialógico entre pesquisadora e participantes; no momento de transcrição das entrevistas; e, no momento de análise das narrativas.

Antes de tratar especificamente do momento de propositura da pesquisa para o Hospital, é preciso sinalizar que infelizmente não foi possível desenvolvê-la em duas instituições anteriormente procuradas, sendo a primeira uma Instituição de Ensino Superior e a outra, um Hospital Público, que informaram a dificuldade em providenciar o aceite institucional por se tratar de uma pesquisa que não seria aceita pelas Comissões de Residência Médica (COREME) em virtude da polêmica do tema, apesar das várias tentativas de diálogo e das inúmeras adequações feitas pela pesquisadora ao projeto de pesquisa.

No processo de proposição e aceite institucional da pesquisa no Hospital onde as entrevistas ocorreram, o percurso demorou 2 meses, sendo o principal impeditivo relacionado a utilização de gravador para realização das entrevistas. Nesse sentido, a atuação da equipe de ensino e pesquisa foi imprescindível para o processo de autorização institucional, uma vez que a pesquisa sendo direcionada para a Diretoria da instituição, cumpriu os trâmites internos, sem interferência da COREME e nem dos coordenadores dos Programas de Residência Médica, fato que deve ser considerado no processo de busca dos possíveis participantes da pesquisa e na garantia do anonimato destes.

O convite a/aos participantes da pesquisa foi mediado pela equipe de ensino e pesquisa do Hospital, que disponibilizaram a seguir, os contatos para agendamento das entrevistas. Em alguns casos o agendamento foi realizado direto com a equipe, sendo repassada à pesquisadora as datas e horários disponibilizados pelas/os residentes médicas/os. Apesar do agendamento prévio, muitas entrevistas tiveram que ser remarçadas por conta da sobrecarga de trabalho das/os residentes que, por vezes, tiveram que permanecer no plantão devido ausência dos profissionais médicos que compõem a equipe médica institucional, o corriqueiro *staff* médico no jargão da profissão. Em outros casos, houve desistências no ato da entrevista, por alguns residentes considerarem possíveis retaliações caso o anonimato fosse quebrado.

No momento da realização das entrevistas e no movimento dialógico entre pesquisadora e participantes da pesquisa, os/as residentes organizaram o ambiente de modo a não sofrer qualquer interferência por parte dos membros da COREME; nenhuma entrevista aconteceu sem a presença de um grupo de residentes, que do lado de fora da sala de aula, permaneciam vigilantes e cuidadosos com os que se propunham ao diálogo. Era uma espécie de “escudo humano” contra todas as violências sofridas e que precisavam ser denunciadas. “Devemos ressaltar todas as recompensas positivas e transformadoras resultantes de esforços coletivos para mudar nossa sociedade, sobretudo a educação, para que esta não seja espaço para a afirmação de nenhuma forma de dominação” (Hooks, 2021b, p. 26). Corpos vigilantes, tensos e curvados, solidariamente se amparavam e expressavam a necessidade do diálogo, da denúncia. É necessário informar que, duas entrevistas foram encerradas às pressas devido dois participantes terem sido chamados pelos preceptores, diante da urgência de casos cirúrgicos.

Durante as entrevistas, as residentes médicas estiveram mais propensas ao diálogo, no sentido de denunciar com abertura radical, todo o processo de desumanização em curso. Corpos antes cabisbaixos, tristes e desesperançosos, foram se transformando

na ocorrência do diálogo. A desesperança cedeu lugar a esperança de que suas vozes ecoariam, em prol das diferenças humanas que nos unem, no intuito de anunciar uma outra formação médica possível. “A diversidade de discursos e de presenças pode ser bastante valorizada como um recurso que intensifica qualquer experiência de aprendizado” (Hooks, 2021b, p. 94). Lágrimas eram enxugadas e sorrisos anunciavam desejos, sonhos e projetos de vida, permeados pelo exercício da democracia, da ética, da solidariedade, da tolerância, da amorosidade, da alteridade e da justiça social.

No caso dos residentes médicos, o diálogo foi mais desafiador devido propiciar o exame do modo como apoiavam, consciente ou inconscientemente, a cultura de dominação sobre o feminino e/ou outras estruturas de dominação existentes nos programas de residência médica. Como denunciar uma estrutura que privilegia o masculino? Como abdicar dos privilégios que mantém a estrutura hierárquica de dominação no projeto desumanizador de formação médica? Isto posto, convém ressaltar a coragem em transgredir das médicas e dos médicos residentes que ousaram erguer a voz e a contribuir nesta tese de doutoramento, pois “fazer a transição do silêncio à fala é, para o oprimido, o colonizado, o explorado, e para aqueles que se levantam e lutam lado a lado, um gesto de desafio que cura, que possibilita uma vida nova e um novo crescimento” (Hooks, 2019a, p. 38 – 39).

Seguidamente, foi iniciada a etapa de transcrição dos diálogos. O ato de escutar as narrativas causou ansiedade e sofrimento diante da missão assumida: denunciar uma estrutura desumanizadora de formação e anunciar uma outra possibilidade de formação médica. O percurso se tornava mais doloroso à medida que precisaria honrar essas vozes, que deixavam de ser objetos e se transformavam em sujeitos. “Aqui, a fala tem dupla implicação. Há o silêncio do oprimido que nunca aprendeu a falar e há a voz daqueles que têm sido forçadamente silenciados porque ousaram falar e, ao fazer isso, resistem” (Hooks, 2019a, p. 47). No contexto dos programas de residência médica, as vozes têm sido forçadamente oprimidas, silenciadas, aprisionadas e nesse movimento de reencontrar a voz “é preciso entender que a voz libertadora irá necessariamente confrontar, incomodar, exigir que ouvintes até modifiquem as maneiras de ouvir e ser” (Hooks, 2019a, p. 53). Assim, esta pesquisa possibilitou que médicas e médicos residentes reencontrassem suas vozes, na tentativa de romper com mecanismos opressivos de silenciamento, submissão e censura (Hooks, 2019 – erguer a voz). E, foi no momento da audição solitária dessas narrativas, que as vozes repercutiram e começaram a fazer sentido para a pesquisadora, vozes que ecoavam, numa busca incessante por acolhimento, por

afeto, por respostas, por significados em lutas pessoais e no comprometimento com uma luta política e coletiva para educar para a consciência crítica e para o fim de toda forma de dominação. Sobre educar para a liberdade e contra todas as formas de dominação, Hooks (2019a, p. 50) ensina que:

A luta para acabar com a dominação, a luta individual para se opor à colonização, deslocar-se de objeto para sujeito, expressa-se no esforço de estabelecer uma voz libertadora — aquela maneira de falar que não é mais determinada por sua posição como objeto, como ser oprimido, mas caracterizada pela oposição, pela resistência. Ela demanda que paradigmas mudem — que aprendamos a falar e também a escutar, para ouvir de uma nova maneira.

De fato, a voz libertadora erguida a cada diálogo, reafirmaria a tese aqui levantada e subsidiaria a construção dessa **denúncia-anúncio** na perspectiva freireana. Entretanto, devido a implicação da pesquisadora com a temática e por estar em convívio com oprimidos e opressores em vários espaços do SUS e fora dele, por meses essas vozes permaneceram a espera. As inquietações desencadeadas nesse período, buscaram respostas nas leituras sobre a temática. Vários artigos foram escritos e publicados de forma a organizar os ensinamentos, principalmente de Paulo Freire e Bell Hooks, que pudessem subsidiar a denúncia-anúncio erguida a partir dessas vozes. Encorajar essas vozes é fazer emergir o que “significa viver numa cultura em que, para falar, corre-se o risco de punição brutal – encarceramento, tortura e morte” (Hooks, 2019a, p. 54). E foram meses fugindo desse encontro doloroso, porém necessário; oportuno salientar que essas conversas desencadearam um efeito profundo na consciência e na subjetividade da pesquisadora, mudando a “compreensão sobre o que significa erguer a voz a partir de uma posição radical nesta sociedade. Quando se ameaça, se está em risco” (Hooks, 2019a, p. 53).

Por fim, as vozes aqui encorajadas a erguer-se, buscaram reencontrar-se com outras pessoas, em um mundo mais ético, amoroso, dialógico e justo; um mundo outro possível, no qual a educação como prática da liberdade reafirme a democracia, a paz, a solidariedade, a tolerância e o amor entre os humanos.

2.2.4.2. Levantamento bibliográfico

Os referenciais teóricos utilizados para a discussão e interpretação dos achados são, principalmente, obras selecionadas de Paulo Freire, entre elas: “Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido” (2021a); “Cartas à Cristina:

reflexões sobre minha vida e minha práxis” (2021b); “Educação como prática da liberdade (2020a); Política e educação” (2020b); “Educação e Mudança (2020c)”; “Pedagogia da Tolerância” (2020d); “Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa” (2019a); “Pedagogia da indignação cartas pedagógicas e outros escritos” (2019b); “Pedagogia do oprimido” (2019c); “Ação Cultural para a liberdade e outros escritos” (2019d); “Extensão ou comunicação?” (2017); “Professora sim, tia não a quem ousa ensinar” (2015); “Medo e ousadia: o cotidiano do professor” (2013). Todavia, outros autores e autoras são postos a conversar com as provocações suscitadas pelos achados, como por exemplo, a autora Bell Hooks, com as seguintes obras: “O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras” (2023a), Irmãs do iname: mulheres negras e autorrecuperação (2023b), “E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismo” (2022a), “Pertencimento: uma cultura de lugar” (2022b), “Tudo sobre o amor: novas perspectivas” (2021a), “Ensinando comunidade: uma pedagogia da esperança (2021b), “Ensinando o pensamento crítico: sabedoria prática” (2020), “Erguer a voz: pensar como feminista, pensar como negra” (2019), “Ensinando a transgredir. A educação como prática da liberdade” (2017).

2.2.4.3. Levantamento documental

O levantamento documental foi realizado nos arquivos virtuais dos Ministérios da Saúde e da Educação, e do Senado Federal. Os documentos que possibilitaram a análise foram Leis, Decretos, Portarias e Resoluções regulamentadoras da educação médica, da graduação às residências médicas e do Sistema Único de Saúde. Também foram consultadas as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de saúde. Entre as legislações consultadas, destacam-se:

- RESOLUÇÃO CNRMS Nº 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012, que dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde;
- Portaria MS no 198/GM/MS - 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências).
- Constituição da República Federativa do Brasil - texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas

Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008.

- Decreto presidencial nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, que regulamenta a Residência Médica e cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências;
- Lei nº 8080/1990, que cria o Sistema Único de Saúde;
- Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que 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.
- Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, que regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências.

2.2.5. Sistematização e análise das informações

Os resultados dos dados sociodemográficos, acadêmicos e/ou profissionais são apresentados em forma de tabelas e analisados pela estatística simples e percentual. Referente aos resultados dos questionamentos subjetivos, contidos no roteiro semiestruturado da entrevista, a construção do conteúdo (*corpus*) foi realizada segundo técnicas da análise de conteúdo de Bardin (2016) e a análise de dados contou com o auxílio do *software* IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes ET de Questionnaires).

Este *software* é um programa computacional gratuito, que trabalha como uma interface de R, recomendado para o gerenciamento e tratamento estatístico de textos de entrevistas e questionários abertos, no entanto, é pouco difundido entre pesquisadores brasileiros. A escolha desse *software* tem como justificativa o fato de ele oferecer um vasto número de ferramentas para a análise de dados qualitativos com base na estatística textual, ou lexicometria. (Sousa *et al.*, 2020).

O uso do IRaMuTeQ na análise de dados de entrevistas pode ocorrer de diversos modos. Isso porque o *software* reúne um conjunto variado de procedimentos lexicométricos, tais como: estatísticas textuais clássicas, Análise de Especificidades, Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise Fatorial por Correspondência (AFC), Análise de Similitude, Análise Prototípica de evocações e nuvem de palavras. Ratifica-se que a escolha da técnica de análise depende das características do problema e dos objetivos da pesquisa. (Sousa *et al.*, 2020).

Esse enfoque metodológico é utilizado na identificação de tendências, regularidades e estilos discursivos subjacentes a padrões de associação entre palavras, expressões e conceitos, mimetizando o material e dando sentido ao agrupamento dos dados. (Sousa *et al.*, 2020).

Os resultados seguiram os passos de Bardin (2016): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, conforme a seguir:

1) Pré-análise: inicia com a elaboração do projeto, perpassando pelo levantamento de todo material bibliográfico até a elaboração do *corpus* a ser analisado, o qual será formado por dados socioeconômicos e entrevistas, que serão transcritas obedecendo às **regras da exaustividade; da representatividade**, ou seja, os participantes devem representar o universo; **da homogeneidade**, todos os dados se referirão ao mesmo tema e serão apreendidos pelas mesmas técnicas; **da pertinência**, o instrumento será adequado ao objetivo do estudo; da exclusividade um elemento não deve constar em mais de uma categoria.

2) Exploração do material: o *corpus* sofrerá uma interpretação acurada do *software* Iramuteq. A escolha deste *software* tem como justificava o fato de ele oferecer um vasto número de ferramentas para a análise de dados qualitativos com base na estatística textual, ou lexicometria. (SOUSA *et al.*, 2020).

3) Tratamento dos resultados e interpretação: nesse momento serão atribuídos significados à luz de estudiosos do tema/objeto de estudo, de modo a revelar o que nem sempre é revelado em suas falas.

Em seguida, realizou-se a concretização da análise, caracterizada como “[...] uma sequência de narrativa ancorada na literatura e nas próprias verbalizações dos sujeitos” (Alves; Da Silva, 1992), tecendo o relatório final a partir da literatura e da narrativa das/os participantes da pesquisa, mesclando-se com as análises e interpretações realizadas.

2.2.6. Análise das informações com o uso do software IRaMuTeQ

Para analisar os dados qualitativos, foi utilizado o *software* IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Inicialmente, foi elaborado um documento denominado *corpus textual*, composto pelo conteúdo das entrevistas e organizado por linhas de comando (Camargo; Justo, 2018).

O primeiro tipo de análise gerada foi a **Nuvem de Palavras (NP)**, a fim de apresentar uma síntese exploratória do conteúdo analisado. Tal técnica agrupa as palavras do texto, aleatoriamente, e gera um gráfico, a partir da frequência das mesmas. A segunda

técnica utilizada foi a **Análise de Similitude (AS)**, a qual se baseia na teoria dos grafos. Por meio dela é possível verificar a regularidade das palavras e a ligação entre elas, a partir da espessura dos troncos que as conectam. Assim como na nuvem, quanto maior o tamanho da palavra, maior a sua frequência no texto.

Por fim, realizou-se a **Classificação Hierárquica Descendente (CHD)**, a qual analisa as raízes lexicais das palavras, organiza os contextos em que elas estão inseridas, e estabelece uma classificação dos seguimentos de texto (Camargo; Justo, 2018). Para nomear as classes foi utilizada a técnica de categorização da análise de conteúdo (Bardin, 2011). Destaca-se, ainda, que o processamento feito pelo IRaMuTeQ propicia abordagem quanti-qualitativa dos dados, pois o conteúdo do *corpus* é processado a partir da frequência das palavras e do teste estatístico *qui-quadrado* (Camargo; Justo, 2018).

2.2.7. Cuidados éticos

No que tange aos aspectos éticos e legais da pesquisa, este projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola do Marco da Universidade do Estado do Pará, por meio da Plataforma Brasil sendo aprovada sua execução por meio do parecer CAAE nº 63902122.0.0000.8767 e cumpriu os requisitos necessários ao seu desenvolvimento, segundo as Resoluções nº 466/12 CNES/MS e nº 510/16 CNES/MS.

Buscou-se respeitar os princípios envolvendo a pesquisa com seres humanos, consistindo em: sigilo, proteção à imagem, autonomia, voluntariedade, não maleficência e beneficência. Em relação à autonomia e voluntariedade, o direito das/os participantes em ter liberdade de escolha para participar ou não da pesquisa foi respeitado, a partir da explicitação da natureza sigilosa da pesquisa, sendo esclarecido o direito de interromper a participação a qualquer momento, solicitando a exclusão do seu conteúdo de áudio. É imprescindível pontuar que, o cuidado acima mencionado foi previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, o qual foi entregue para leitura individual e depois lido conjuntamente.

A seguir, será problematizado o percurso de construção histórica do setor saúde no Brasil, informando amiúde, os impactos desse processo na formação médica especializada.

3. O MOVIMENTO ÉTICO-LIBERTADOR DA SAÚDE NO BRASIL: REFLEXÕES A PARTIR DA ÉTICA DA LIBERTAÇÃO DE ENRIQUE DUSSEL

Nesta seção busca-se reconstruir o percurso histórico da saúde pública no Brasil até a construção do Sistema Único de Saúde. Para se refletir sobre a importância da luta pelo direito à saúde no Brasil recorre-se à Ética da Libertação de Enrique Dussel, para quem a ética é aquela que aceita e legitima um sujeito de possibilidades negadas, afirma alteridades, reconhece e legitima culturas, portanto, uma ética direcionada às necessidades fundamentais da vida humana (Rosa, 2011; Oliveira, 2020). Assume-se como hipótese que o Sistema Único de Saúde nasce como uma resposta ao excluído, à vítima frente ao sistema que lhe negava a vida.

3.1. O abraço ético dusseliano aos ninguéns da Latinoamérica e do mundo

O sistema/1
Os funcionários não funcionam.
Os políticos falam mas não dizem.
Os votantes votam mas não escolhem.
Os meios de informação desinformam.
Os centros de ensino ensinam a ignorar.
Os juízes condenam as vítimas.
Os militares estão em guerra contra seus compatriotas.
Os policiais não combatem os crimes, porque estão ocupados cometendo-os.
As bancarrota são socializadas, os lucros são privatizados.
O dinheiro é mais livre que as pessoas.
As pessoas estão a serviço das coisas.
(Galeano, 2011, p. 129)

O escritor uruguaio Eduardo Galeano publicou em 1989 a obra “O livro dos abraços”, um resgate da memória pessoal do autor e da memória coletiva da América Latina, contada em pequenas histórias. Ressalta-se que o livro vem a público em um momento de “libertação”, ou seja, a década de 1980 é marcada por um movimento de redemocratização com o fim das ditaduras militares em diversos países da América Latina (Brasil, Bolívia, Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai). É importante dizer que Galeano foi preso em 1973 durante o golpe militar no Uruguai, exilou-se na Espanha e em 1985 retornou a Montevideu, onde viveu até sua morte, em 2015.

No excerto “O sistema/1” que compõe a obra supracitada, percebe-se uma crítica ao regime militar, onde a cada um e a cada uma foi dada uma função para manutenção da lógica de dominação sobre a América Latina, iniciada pela Europa e doravante herdada

pelos norte-americanos: seres humanos determinados de fora, presos, emudecidos, amedrontados e incorporados à engrenagem universal do capitalismo. Nas palavras de Galeano:

O medo seca a boca, molha as mãos e mutila. O medo de saber nos condena à ignorância; o medo de fazer nos reduz a impotência. A ditadura militar, medo de escutar, medo de dizer, nos converteu em surdos e mudos. Agora a democracia, que tem medo de recordar, nos adoece de amnésia (Galeano, 2011, p. 110).

Seja pelo manuseio de instrumentos legais, econômicos, culturais, pedagógicos, religiosos ou pelo olhar que tudo vigia e controla, a lógica da totalidade eurocêntrica justificou o extermínio, a subserviência e a exclusão do povo latino-americano (Rosa, 2011).

Nesse solo vilipendiado, o filósofo argentino Enrique Dussel iniciou seu projeto filosófico rumo a Ética da Libertação, sem a pretensão de construir uma filosofia crítica para minorias, mas em favor das maiorias da humanidade excluídas. Nas palavras do autor:

A ética da libertação não pretende ser uma filosofia crítica para as minorias, nem para épocas excepcionais de conflito ou revolução. Trata-se de uma ética cotidiana, desde e em favor das imensas maiorias da humanidade excluídas da globalização, na presente “normalidade” vigente (Dussel, 2012, p. 15).

Enrique Dussel é um filósofo argentino, nascido em 1934 na cidade de Mendoza e que em 1976 emigra para o México, onde reside até os dias atuais, em decorrência da perseguição política sofrida no período da ditadura militar na Argentina (Dussel, 2012; ROSA 2011). Em seu percurso de vida, Dussel abre-se ao outro, escuta e se responsabiliza pelas vítimas da globalização, ao assumir uma posição crítica diante do sistema opressor e propor a “ética da alteridade como horizonte de leitura da realidade circundante” (Rosa, 2011, p. 140). Sobre Dussel, Oliveira e Ramos, 2020, p. 24 – 25) afirmam que:

Ele vem se dedicando a lecionar e a escrever sobre filosofia, a ética e a política, desconstruindo os discursos filosóficos eurocêtricos e construindo as bases da filosofia e ética da libertação latino-americana. A filosofia não pode ser fincada na pura abstração e fundada numa razão que teima em permanecer absoluta, da qual a negação do outro, lugares onde a vida não é tomada como critério no sentido de que importa deixar viver os que não vivem com dignidade a vida. O seu ponto de ancoragem será sempre a América Latina, os pobres, a vítima, agora de qualquer sistema e de qualquer lugar do planeta.

Na visão de Dussel não existe neutralidade, pois agir eticamente significa olhar a partir do horizonte das vítimas para a transformação de um sistema excludente (Dias; Oliveira, 2015). Segundo Silva (2012, p. 99): “Na América Latina, a responsabilidade surge, em primeiro lugar, como uma resposta ao excluído, à vítima frente ao sistema que

lhe nega a vida. Se o sistema mata, exclui e oprime, a responsabilidade implica viver, incluir e libertar”.

O livro “Ética da Libertação na idade da globalização e da exclusão” foi elaborado por Dussel no período de 1993 a 1997 (Oliveira; Ramos, 2020). Na obra, Dussel (2012, p. 15) adverte que:

Não podemos ignorar as vítimas, os dominados e afetados-excluídos das “mesas de negociação” do sistema vigente, das comunidades de comunicação dominantes, vítimas sem direitos humanos promulgados, não percebidos pelo *ethos* de autenticidade e sob o impacto da coação legal e com pretensão de legitimidade.

Nessa perspectiva ética, o “**outro**” “afetado-excluído” para ser assumido como critério de reflexão e ação, deve ser reconhecido como um sujeito sócio-histórico que emerge dentro da sociedade civil em cada país e dentro do horizonte planetário, portanto, um ser humano geograficamente localizado (Dussel, 2012; Rosa, 2011).

Encontramo-nos diante de um fato massivo da crise de um “sistema-mundo” que começou a se formar há 5.000 anos e está se globalizando até chegar ao último rincão da Terra, excluindo, paradoxalmente, a maioria da humanidade. É um problema de vida ou morte. Vida humana que não é um conceito, uma ideia, nem um horizonte abstrato, mas o modo de realidade de cada ser humano concreto, condição absoluta da ética e exigência de toda libertação. Não deve estranhar, então, que esta Ética seja uma Ética de afirmação total da vida humana, ante o assassinato e o suicídio coletivo para os quais a humanidade se encaminha se não mudar o rumo do seu agir irracional (Dussel, 2012, p. 11).

As tentativas de apagamento do “**outro**”, surgidas com a colonização e, posteriormente com a ascensão do capitalismo e a globalização, impuseram um silenciamento de alteridades em escala planetária que inviabiliza diariamente a vida, ao negar as possibilidades para o “**Outro**” ser. Nesse movimento de exclusão, encontra-se a imensa maioria da humanidade e são as situações limites criadas pelo agir irracional que interessam à Ética da Libertação:

São exatamente estas situações-limite que interessam à Ética da Libertação (os múltiplos processos cotidianos assimétricos da dominação exercida sobre as mulheres, as etnias discriminadas, as culturas populares e indígenas sufocadas, os processos pedagógicos de opressão, a situação das maiorias em Estados do mundo em situação de não-direitos, da periferia ou do mundo colonial que por definição está em posição desvantajosa sob a violência armada [principalmente dos Estados Unidos, no presente], as guerras “sujas” da Argentina, do Brasil, do Chile etc., contrarrevoluções orquestradas criminosamente como a lançada contra a Nicarágua depois de 1979, etc. (Dussel, 2012, p. 418).

Percebe-se que a Ética da libertação proposta por Dussel é a que aceita e legitima um sujeito de possibilidades negadas, afirma alteridades, reconhece e legitima culturas e “[...] que faz a passagem do “eu” para o “nós” (eticidade) direcionada às necessidades fundamentais da vida humana (Oliveira, 2020, p. 27).

Ao propor uma ética da vida, atenta aos sofrimentos cotidianos, torna-se imprescindível questionar: O que eu faço na minha vida com o outro? Construo relações de alteridade ou de silenciamento? Aprisiono ou crio possibilidades para o outro ser?

Para problematizar ainda mais as questões relativas à ética da libertação na globalização, ressalta-se que atualmente “o dinheiro é mais livre que as pessoas. As pessoas estão a serviço das coisas.” (Galeano, 2011, p. 129). Na lógica capitalista, vigora a ética do mercado que visa o lucro e aprisiona homens e mulheres ao capital. Para o dinheiro não existem fronteiras enquanto que para os seres humanos, fronteiras são impiedosamente impostas para além das fronteiras geográficas, limitando sonhos e esperanças. Assim, os seres humanos são coisificados, ou seja, não mais se encontram sob o registro do humano, do semelhante – em uma atitude de subserviência, sem admissão da humanidade.

Corpos lançados à margem da ‘estrada’ e, tudo sustentado pela unilateralidade dos discursos e pela impessoalidade da aparelhagem de massa, anunciante da ordem de vender, comprar e ser flexível, num esconder proposital das catástrofes sociais e da miséria crescentes, nos mais recônditos pontos do planeta, uma vez ditas, próprias da naturalidade do jogo livre da oferta e da demanda (Ramos, 2012 apud Oliveira; Ramos, 2020, p. 98).

Em contraposição, a ética da libertação de Dussel sugere que “a dor e a corporalidade das vítimas constituem a origem de toda crítica ética possível” (Oliveira, 2020, p. 27). Para Dussel (2012), pensar o Outro eticamente, significa olhar e legitimar culturas, histórias, saberes, desejos, sonhos, reconhecendo-o como um ser humano de possibilidades, ou seja, é estabelecer relações de alteridade, atentando que a vida humana impõe limites, tem exigências próprias: necessidade de alimentos, casa, segurança, liberdade e soberania, valores e identidade cultural, plenitude espiritual, etc. (Oliveira, 2020).

Nessa perspectiva “saber escutar o Outro possibilita o processo ético – político de libertação pela supressão das determinações sociais negativas e o reconhecimento do outro como sujeito de saberes e de direitos” (Oliveira; Ramos, 2020, p. 64). Desse modo, é dever ético criticar e pensar o sistema a partir da vítima, onde a crítica torna-se o início do processo de transformação da vida humana (Dussel, 2012; Oliveira, 2020). Para transformar e libertar a vida, a crítica às relações torna-se fundamental: pais-filhos, políticos-povo, brancos-negros, brancos – indígenas, homens – mulheres, patrões – empregados, professores-alunos, europeus – latino-americanos, europeus – africanos, etc.

Segundo Dussel (2012, p. 131) a ética crítica tem como princípio a obrigação de produzir, reproduzir e desenvolver a vida humana concreta de cada sujeito ético em

comunidade. Por conseguinte, a vida humana é o modo de realidade do sujeito ético, que fornece o conteúdo a todas as suas ações, “que determina a ordem racional e também o nível das necessidades, pulsões e desejos, que constitui o marco dentro do qual se fixam fins”. Ser ético é libertar, é dar possibilidade positiva à vida humana (Oliveira; Ramos, 2020).

No texto intitulado “A função da arte/1”, Eduardo Galeano (2011, p. 12) retrata uma experiência que envolve a relação pai- filho:

Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o Sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: — Me ajuda a olhar!

Observa-se nas palavras de Galeano, que o pai ao se engajar numa relação ética e de alteridade, dá possibilidades à vida do filho ao legitimar o desejo de descoberta, permitindo que o filho viva a sua história. Assim como o discurso do filho precisou ser escutado e legitimado pelo pai, os discursos das vítimas deverão ser escutados por quem ousa transformar o sistema, num movimento contínuo de libertação. Nesse sentido, “uma ação eticamente boa é a que permite à pessoa viver e desenvolver sua vida (Oliveira; Ramos, 2020, p. 83) e libertar é:

Permitir que o “outro” viva sua história, sua cultura, sua espiritualidade e viva intensamente na certeza de que é possível a criação do novo, quando essa busca é mediada por uma razão crítico-estratégica que impulsiona um movimento positivo e factível de transformação, de mudança, mesmo que a partir das pequenas coisas da vida (Oliveira; Ramos, 2020, p. 106).

3.2. O Movimento Ético – Libertador de Enrique Dussel

Um sistema de desvínculo. Boi sozinho se lambe melhor... O próximo, o outro, não é seu irmão, nem seu amante. O outro é um competidor, um inimigo, um obstáculo a ser vencido ou uma coisa a ser usada. O sistema, que não dá de comer, tampouco dá de amar: condena muitos à fome de pão e muitos mais à fome de abraços (Galeano, 2011, p. 81).

No século XX a humanidade testemunhou duas grandes guerras mundiais além de guerras civis e a guerra fria juntamente com a extinção, o enfraquecimento ou isolamento de nações de governos socialistas e, por conseguinte, o avanço do capitalismo. Herda-se um sistema que exclui, desumaniza e silencia a maioria da humanidade; sistema de negação do “Outro” e absolutez do “Eu”, pautado no desprezo à vida e na adoração das

coisas (Oliveira; Ramos, 2020), um sistema de desvinculo que condena à fome, à miséria, ao abandono, ao desamor (Galeano, 2011).

É na crítica a esse sistema, que para sobreviver como sistema mata o ser humano, que Dussel descontrói discursos e representações que negam a pessoa humana, e caminha para construir a Ética da Libertação.

Dussel em sua ética, analisa o processo de globalização – exclusão que indica o duplo movimento em que se encontra presa a periferia mundial: (1) a pretensa modernização dentro da globalização formal do capital e, (2) a exclusão material e o discurso formal crescente das vítimas desse pretenso processo civilizador (Oliveira; Ramos, 2020, p. 79).

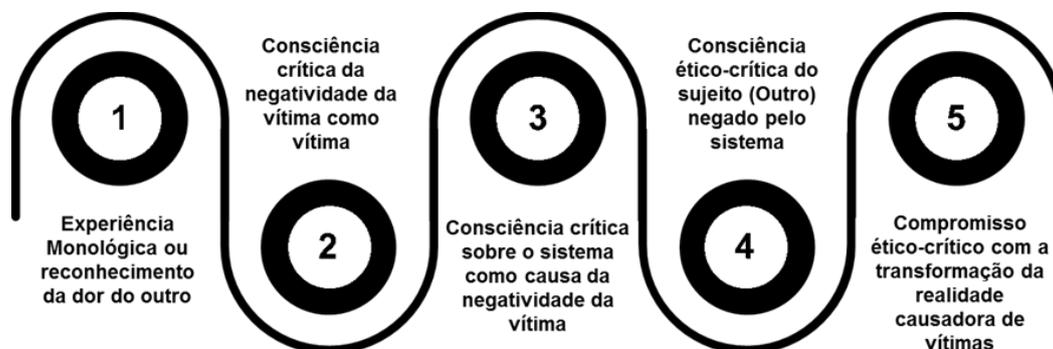
Para Dussel (2012), a afirmação plena e positiva da própria cultura em nossos dias, no sistema mundial vigente, torna-se impossível sem dois movimentos prévios: (1) o descobrimento, feito pelas vítimas, primeiramente, da opressão e exclusão que pesa sobre sua cultura; (2) a tomada consciência crítica e autorreflexa sobre o valor do que lhe é próprio. Tudo isto é necessário porque a vítima, o Outro, não é um objeto formal vazio e sim um sujeito vivo em um mundo pleno de sentido, com uma memória, uma comunidade, uma cultura (Dussel, 2012). “Isto significa que a partir da presença das vítimas a “verdade” começa a ser descoberta como a “não verdade”, o “válido” como o “não-válido”, o “factível” como o “não eficaz” e o “bom” pode ser considerado como “mau” (Oliveira; Ramos, 2020, p. 91). Posterior à tomada de consciência da vítima, a consciência ético-crítica insistirá na interpelação do outro perante um ouvido que saiba ouvir, o que Dussel (2012) denominou como “consciência ética” no sistema.

Após a tomada de consciência da vítima, há outros momentos necessários, posteriores, diacrônicos, quem que oprimidos-excluídos, pela tomada de consciência, lutam pela “participação” plena na futura comunidade de comunicação antecipada na comunidade das próprias vítimas e seus aliados. A Ética da Libertação vem há muitos anos insistindo na “interpelação” do outro perante um ouvido que saiba ouvir (que denominados “consciência ética no sistema”), como origem do processo de libertação (Dussel, 2020, p. 425).

De acordo com Oliveira e Ramos (2020) o movimento ético-libertador de Enrique Dussel pressupõe reconhecimento, consciência crítica e responsabilidade à transformação. Aqui não cabe reformar o sistema, visto que a reforma implica cumprir com os critérios e os princípios de um sistema vigente. Rumar para à transformação, significa transformar o sistema, suas estruturas ou instituições, gerando possibilidade positiva à vida humana, com reconhecimento ético dos indivíduos como iguais, participação simétrica das pessoas nas decisões comunitárias e sociais (o respeito à

cidadania) e a viabilização concreta desse viver (o assumir uma atitude de factibilidade e criticidade) (Dussel, 2012; Ramos; Oliveira, 2020).

FIGURA 5 – O Movimento ético-libertador de Enrique Dussel



FONTE: Elaborado pela autora com base na leitura de Ramos e Oliveira (2020).

A figura acima sistematiza, didaticamente, o movimento de possibilidade crítica proposto por Dussel na visão de Oliveira e Ramos (2020, p. 108 - 109). Para os autores, o movimento ético rumo à transformação se dá através de cinco momentos:

1. Experiência monológica ou reconhecimento da dor do Outro: momento em que o indivíduo sensível à dor do Outro reconhece a vulnerabilidade traumática e o sofrimento corporal do Outro, além de reconhecer o processo de vitimação e de negação de direitos básicos da pessoa o que inviabiliza a vida em sociedade;
2. Consciência crítica da negatividade da vítima como vítima: momento de “descoberta crítica da negatividade da vítima como vítima, como seres afetados, não-participantes, oprimidos e excluídos do direito de viverem como sujeitos”;
3. Consciência crítica sobre o sistema como causa da negatividade da vítima: momento de consciência crítica sobre o sistema (não-verdade, causa originária da negatividade da vítima) que encobre o sofrimento da vítima (explorados, excluídos, dominados);
4. Consciência ético-crítica do sujeito (Outro) negado pelo sistema: “momento em que se processa a tomada de consciência do outro como oprimido-excluído e como sujeito ético digno, não só como igual, mas como o Outro (alteridade) que a comunidade hegemônica nega”;

5. Compromisso ético-crítico com a realidade causadora das vítimas: momento de “luta pela participação plena das vítimas na comunidade, através da organização e da construção de um projeto de libertação”.

Simplificando, todo ser humano engajado em um movimento ético-libertador deve responder ou pelo menos tentar responder as seguintes questões: quem é o Outro e quais as suas dores? (Experiência monológica ou reconhecimento da dor do Outro); porque o Outro não consegue viver em sociedade? (Consciência crítica da negatividade da vítima como vítima); em que o sistema contribui no encobrimento do Outro? (Consciência crítica sobre o sistema como causa da negatividade da vítima); o que eu faço na minha vida com o Outro? (Consciência ético-crítica do sujeito (Outro) negado pelo sistema); como podemos atuar eticamente para transformar o sistema e possibilitar a vida? (Compromisso ético-crítico com a realidade causadora das vítimas). Todavia, sem consciência da negatividade não se conclui pela necessidade útil da luta (Dussel, 2020).

3.3. Saúde Pública no Brasil: Colonização, Independência e Ditadura Militar

O ponto de ancoragem agora é o Brasil, país pertencente à América Latina, mais precisamente de território que conforma a América do Sul. Excetuando o fato de ter sido colonizado por Portugal, historicamente o país tem o mesmo destino dos países latino-americanos: colonização, dominação, exploração, exclusão. De colônia portuguesa à país independente (setembro de 1822), a história brasileira alterna governos antidemocráticos e democráticos. Nesse avançar rumo à democracia, embora a garantia de alguns direitos tenha legalidade na Constituição promulgada em 1988, de fato a maioria da população brasileira mantém-se excluída das decisões sociais e comunitárias (cidadania) e distanciada de um projeto ético de libertação. Um desses direitos, o direito à saúde, é um dos projetos (no caso um projeto de sistema de saúde público e universal) nessa utopia brasileira pós ditadura militar (1964 – 1985).

A saúde no Brasil adquiriu características marcantes que acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico até criação do Sistema Único de Saúde (SUS):

A evolução da política de saúde deu-se em estreita relação com a evolução da política econômica e social da sociedade brasileira, obedecendo à ótica do capitalismo nacional, por sua vez, influenciado pelo capitalismo internacional; a saúde pública não se constituía em prioridade dentro da política de estado brasileiro, recebendo maior atenção apenas nos momentos de epidemia ou endemias que refletiam na área econômica ou social e ameaçavam o modelo capitalista adotado; a assistência à saúde desenvolveu-se a partir da evolução da previdência social, com ênfase na medicina curativa e lucrativa a partir da

contratação de serviços privados; o sistema de saúde estatal consolidou a dicotomia entre ações preventivas e de caráter coletivo e as ações curativas de caráter individual, sendo a primeira de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e a segunda, assumida pela previdência social (Aguiar, 2015, p. 17).

Antes da chegada da família real, assistir a saúde era uma prática sem regulamentação no Brasil. Em 1808, com o desembarque da família real em solo brasileiro, aconteceu a institucionalização do setor saúde, com a fundação da primeira Faculdade de Medicina (Salvador/BA) e a institucionalização de programas de Ensino e normalização das práticas médicas (Modelo Europeu) (Baptista, 2007).

No Brasil Colônia as primeiras ações de saúde pública (Políticas de Saúde) que surgiram no mundo passaram a ser implementadas no Brasil: proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados; controle e observação das doenças e doentes, inclusive e principalmente dos ambientes; teorização acerca das doenças e construção de conhecimento para a adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias. A preocupação maior era a saúde da cidade e do produto enquanto que a assistência ao trabalhador era uma consequência dessa política (Baptista, 2007).

Com a proclamação da república em 1889, as políticas de saúde configuravam um esforço civilizatório. A necessidade de mão de obra resultou no saneamento das cidades (primeira fase do movimento sanitarista): ações de saneamento e urbanização foram seguidas de ações específicas na saúde, especialmente no combate a algumas doenças endêmicas, como a febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. Nesta fase implanta-se o Código Sanitário e a Campanha de Vacinação Obrigatória (1904) (Baptista, 2007; Aguiar, 2015).

De 1910 a 1920, o Brasil viveu a segunda fase do movimento sanitarista, com expedições de médicos sanitaristas pelo país para o saneamento rural, que incluía combate as endemias rurais (ancilostomíase, malária e mal de Chagas). De acordo com Baptista (2007) a doença generalizada passou a ser apontada como razão para o atraso nacional. Em todo período da Primeira República (1889 – 1930), a sociedade brasileira inicia a organização de seu Estado moderno, articuladamente com o movimento sanitarista que situava a saúde como uma questão social e política, ou seja, um grande obstáculo à civilização. A expansão da autoridade estatal sobre o território reforçou o papel do governo central e a verticalização das ações. O direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes e não havia interesse na definição de uma política ampla de

proteção social. Assim, o direito à assistência à saúde estava restrito, nesse período a condição de segurado das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), mantidas por algumas organizações trabalhistas mais atuantes política e financeiramente, como os ferroviários e marítimos (Baptista, 2007; Aguiar, 2015).

A partir de 1930, período da Segunda República (1930 – 1945), o Brasil passa por uma ampla reforma administrativa e política que culminou com uma fase de forte centralização política e participação estatal nas políticas públicas (Aguiar, 2015). O Estado como regulador da economia e das relações entre capital e trabalho, estabelece o salário mínimo. O Brasil optou por um projeto econômico baseado na industrialização com gradativo fortalecimento do projeto político-ideológico de construção nacional (Baptista, 2007; Aguiar, 2015). Datam desse período o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliando o papel das CAPs, constituindo um primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro, embora mantenha o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício (Baptista, 2007). Estavam excluídos todos e todas que exercessem função não reconhecida pelo Estado.

Nos anos 50, a industrialização brasileira culminou com um movimento sanitário desenvolvimentista, caracterizado pelo surgimento dos grandes hospitais com a lógica de especialização de recursos humanos, expansão rápida dos serviços de saúde e instauração da prática de Convênios – Empresa. A assistência torna-se mais cara, e o hospital, o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde. Em 1953 ocorre a criação do Ministério da Saúde (MS) e em 1956 a reorganização dos serviços nacionais de controle das endemias rurais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) (Baptista, 2007).

A ditadura militar (1964) trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro. Testemunha-se a ênfase na assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado e a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário.

No campo da saúde, implantou-se de modo gradual e intenso, um sistema de saúde caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde. Nessa perspectiva, em 1966, promoveu-se a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com a criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), com responsabilidade pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica aos segurados e seus familiares. A medida uniformiza os benefícios para todas as categorias, mas acaba com a gestão tripartite (trabalhadores, empregados e União) que existia até então nos IAPs, passando o INPS a uma gestão centralizada do ponto de vista administrativo e financeiro e com fins de capitalização. Destaca-se que até

1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pelos hospitais, ambulatórios e consultórios médicos da rede de serviços próprios dos Institutos, passando-se a partir de então à contratação prioritária dos serviços privados de saúde (Aguiar, 2015, p. 29-30).

No início da década de 1970, a política proposta pelo INPS levou à inclusão de novas categorias profissionais no sistema – trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos, e a cada nova categoria incluída, aumentava ainda mais a procura por serviços e os gastos no setor saúde. O Estado respondeu à demanda com a contratação dos serviços privados, permitindo a formação do que ficou conhecido como “Complexo Médico Empresarial” (Baptista, 2007). A medicina de grupo, também orientada para a comercialização da saúde e pelo lucro, teve grande expansão no período e destinava-se principalmente aos trabalhadores com maior poder aquisitivo (Aguiar, 2015).

A assistência médica financiada pela Previdência Social alcançou, na década de 70, a maior expansão em número de leitos, em cobertura e em volume de recursos arrecadados. A forma de contratação e pagamento de empresas privadas para prestação de assistência aos segurados favoreceu o processo de corrupção com consequente desfalque para o orçamento previdenciário. Fazendo jus a essa política, ocorreu uma expansão de clínicas e hospitais privados construídos com recursos da previdência e de faculdades particulares de medicina com enfoque na medicina curativa – com ênfase nas especialidades médicas e na sofisticação tecnológica, com consequente aumento de consumo de equipamentos médico-hospitalares e produtos farmacêuticos (Aguiar, 2015, p. 31).

Os sanitaristas perderam espaço político com consequente desvalorização do modelo sanitarista dos anos anteriores e as ações de saúde pública reduzidas ao controle e erradicação de algumas endemias comandadas pela recém-criada Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). O Ministério da Saúde (MS) assume um papel secundário pois com recursos limitados, tornou-se ineficiente para enfrentar os problemas de saúde pública decorrentes das condições precárias de vida impostas à maioria da população. Nesta época, os serviços públicos de saúde, sucateados e ineficientes, e o alto custo da assistência privada, são fatores que excluem a maioria da população brasileira da assistência integral à saúde. Caos social, econômico, político e sanitário faz eclodir denúncias sobre a ineficiência das estruturas de saúde pública e previdenciária e sedimenta o terreno para o surgimento dos movimentos sociais que lutarão por melhores condições de vida (Aguiar, 2015).

3.4. O Início Do Movimento Ético-Libertador da Saúde no Brasil: as lutas pelo direito à saúde a partir de 1970

O cenário era de exclusão de uma boa parcela da população do direito à saúde, haja vista o fato de que apenas poucos tinham garantido, nesse momento, o

direito à assistência médica prestada pelo INPS, e que os serviços de saúde, do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais, não absorviam a demanda de atenção gerada pelo restante da população. Não havia de fato se constituído, até então, no Brasil, uma política de Estado cidadã, no sentido mais abrangente; uma cidadania substantiva que desobrigasse qualquer espécie de vínculo com o processo produtivo e que reconhecesse o cidadão simplesmente pelo valor que tem como membro daquela comunidade. Prevalencia a lógica da cidadania regulada, em que cidadão era aquele que se encontrava localizado em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei. Portanto, a proposta de reforma do setor saúde apresentada pelo movimento sanitário também se inseria em uma lógica maior de reestruturação do próprio Estado e de afirmação de uma cidadania substantiva para o povo brasileiro (Baptista, 2007, p. 43).

Nos meados da década de 1970, a política econômica da ditadura militar ocasionou a concentração de renda, arrocho salarial, aumento de preços, êxodo rural, alta incidência de doenças, elevação das taxas de morbidade e mortalidade, colapso dos serviços públicos de saúde e transporte e precárias condições de vida para brasileiras e brasileiros. Em 1977 criou-se o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social. Contudo, evidenciava-se a ineficácia de uma concepção neoliberal de saúde privada e ampliava-se o debate sobre a saúde pública enquanto um investimento tipicamente estatal (Aguiar, 2005; Baptista, 2007).

Aqui inicia o movimento ético-libertador da saúde no Brasil. Homens e mulheres miseráveis e sem direito à saúde, denunciam as péssimas condições de vida nas periferias de cidades como São Paulo, no intuito de reivindicar do Estado ações em prol da vida. Nesse movimento de descoberta do Outro e de suas dores, afirmavam a necessidade do diálogo e do consenso para fazer a crítica das situações de exclusão do direito à saúde.

A partir dessa negatividade (ser “afetados” não participantes por ativa opressão, exclusão; “invisíveis” para os do sistema), feita sujeito pela organização militante, o outro popular pode agora, como “fonte” transontológica, como fonte originária, lançar a “interpelação” àqueles que têm “consciência ética” ou sabem escutar no sistema vigente: “Eu te interpelo pela justiça que devias cumprir conosco! (Dussel, 2012, p. 426).

A conexão entre os afetados não-participantes e os participantes do sistema hegemônico (que abdicavam a sua posição de dominação pela afirmação de uma corresponsabilidade pelo Outro) deu origem ao Movimento de Saúde no Brasil. Esse movimento organizou a população em geral, sanitaristas, trabalhadores e estudantes da

saúde, intelectuais no intuito de ter vez e voz na construção de uma política pública de saúde afirmando como primeira função do Estado a manutenção da vida.

O Movimento de Saúde na cidade de São Paulo nasceu na região leste no final dos anos 70 e espalhou-se para outras regiões de maneira articulada. Era composto por moradores das periferias, maioria mulheres, que lutavam pela ampliação e qualidade dos serviços de saúde nos seus bairros, por saneamento básico, creches, educação e outras políticas públicas, consideradas como direitos de cidadania e dever do Estado. Esse movimento articulou-se aos demais, reforçando a luta pela Reforma Sanitária Brasileira (Aguiar, 2005, p. 34).

A crescente crítica ao modelo de assistência previdenciário denunciava a ausência cada vez maior do Estado brasileiro nas questões relativas à saúde, ausência estrategicamente pautada na concepção do Estado mínimo e que delegava à saúde à iniciativa privada. O consenso a partir dos excluídos e de suas comunidades sinalizava que transformação da saúde brasileira perpassaria pela transformação do Estado brasileiro, onde se enraizou uma cultura política de Estado concentradora dos recursos produzidos e do poder decisório nas mãos de uma minúscula parcela da sociedade, com ampliação das desigualdades sociais. A crítica à política de saúde do regime militar orientava discussões sobre a função do Estado na saúde da população e nesse sentido, em entrevista da Revista Psicologia e Saúde com Enrique Dussel, o autor afirma que o Estado deve estar a serviço da vida, a serviço do ser humano e isto implica falar o que é o Estado e como se há de transformá-lo (Costa, Bernardes; Grubits, 2011). Na mesma entrevista, Dussel defende que:

Há que afirmar a instituição como necessária e transformá-la quando ela cai em entropia. Portanto, o Estado é necessário. O Estado também deve ser subjetivado, deve deixar de ser burocrático, deve ser um Estado a serviço do ser humano. Isso significa um Estado distinto do Estado Liberal e Estado Moderno Capitalista. É um Estado transmoderno, trans, não pós, que vai para além da modernidade, além do capitalismo – um Estado a serviço do ser humano. Isso implica falar o que é o Estado e como se há de transformá-lo. Nesse caso, o primeiro trabalho do Estado é a afirmação material do sujeito; material, nesse sentido, é a vida. Portanto, a primeira função do Estado é manter o ser vivente em vida e em uma “vida boa”, como dizem os Aymará, os Kechua e todas as civilizações da terra. Uma vida vivível, feliz, essa seria a primeira função do Estado. Se há rodovias, é para encurtar as distâncias para viver bem; se há represas, é para ter água para a agricultura, e a agricultura, para ter alimento. As verbas estatais devem ser investidas em obras que se convertam em benefício da vida saudável como tal (Costa, Bernardes; Grubits, 2011, p. 84 – 85).

Paralelamente, explodiam em todo território brasileiro experiências centradas na Atenção Básica, com ações de promoção e prevenção, buscando alternativas para a atenção hospitalar (Aguiar, 2005; Baptista, 2007). Assim, o movimento sanitário tentava reverter a lógica da assistência à saúde no país apresentando quatro proposições para

debate: I - A saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou qualquer outro critério de discriminação; II - As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo; III - A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios; e IV - O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde (Baptista, 2007). No contexto, a reforma sanitária exigia: “uma revisão do modo de operar do Estado, da lógica burocrática que concentrava poder e uma disposição social para repartir a renda (redistribuir) e participar ativamente da construção desse novo Estado, agora de intenção democrática” (Baptista, 2007, p. 45).

O cenário internacional também contribuía para a discussão sobre o direito à saúde no Brasil. Após a Conferência de Alma Ata, ocorrida em 1978, difundiu-se na América Latina e no Brasil, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS):

O conceito de Atenção Primária à Saúde e os princípios da medicina comunitária que preconizava: a desmedicalização o autocuidado de saúde, a atenção primária realizada por não profissionais de saúde, a participação da comunidade, entre outros” (Aguiar, 2005, p. 32).

Em 1977, instalou-se o processo de redemocratização do país, com a criação da Lei de Anistia, que concedia o direito de retorno aos exilados e condenados por crimes políticos. No âmbito da saúde intensificou-se os conflitos de interesse entre o público e o privado, ocasionando a não implementação das propostas para o setor discutidas na VII Conferência Nacional de Saúde (Aguiar, 2005; Baptista, 2007).

Fortalecido pela redemocratização, o movimento de saúde pressionava o Estado por mudanças no modelo de assistência previdenciário. Em resposta, o governo criou o Conselho Consultivo de Administração Previdenciária (CONASP), um grupo de trabalho ligado ao INAMPS que tinha como objetivo de buscar respostas concretas que explicassem as raízes da crise do setor (Aguiar, 2005; Baptista, 2007). O diagnóstico revelou problemas no modelo de saúde vigente: serviços inadequados à realidade, insuficiente integração entre os prestadores, recursos financeiros insuficientes e cálculo imprevisto, desprestígio dos serviços próprios e superprodução dos serviços contratados (Baptista, 2007). A partir do CONASP foi criado o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) que objetivou articular todos os serviços assistenciais de saúde com oferta de ações preventivas e curativas em vistas à integralidade. “Através das AIS, o INAMPS,

repassava 10% de sua arrecadação para as Secretarias Estaduais de Saúde, propiciando a expansão dos serviços de saúde da atenção básica” (Aguiar, 2005, p. 34).

Em 1985, com a eleição indireta de Tancredo Neves e o envio ao Congresso da proposta de convocação da Assembleia Nacional Constituinte, o movimento de Reforma Sanitária, parlamentares, movimentos de saúde, trabalhadores e acadêmicos da área da saúde e demais entidades se mobilizavam e estimulavam a participação popular nos estados no processo de discussão da nova Carta Constitucional (Aguiar, 2005). Neste momento se fortalecia a utopia brasileira de construção de um sistema de saúde público e universal, orientado por princípios e diretrizes, com clara defesa da participação social na política de saúde e com a garantia do direito à saúde a todas e a todos. Isto posto, como pensar em um sistema de saúde a partir dos princípios da ética de Enrique Dussel?

De fato, o desafio exigia pensar um sistema com princípios normativos regendo os que sofrem a enfermidade quanto os gestores de saúde, um sistema sem o monopólio do mercado e que tornasse a saúde um bem público, universal, de todas as cidadãs e todos os cidadãos. De acordo com Costa, Bernardes e Grubits (2011, p. 84), na concepção de Dussel “os princípios normativos permitem constituir os princípios críticos de transformação do sistema de saúde”. Para os autores Dussel defende que é necessário definir as funções do Estado no sistema que se deseja transformar:

A partir disso, vem o sistema da saúde. Há que definir o Estado versus funções materiais, e a primeira delas tem que ser a saúde. A saúde é uma responsabilidade do Estado. Não se pode deixar nas mãos do sistema capitalista da saúde, em que a competência é gerenciada a partir da compra de mercadorias saudáveis, que apenas são acessíveis a quem pode pagá-las, e quem não pode pagar não pode comprar os meios que dão saúde e simplesmente morre. O Estado não pode delegar a saúde como função da iniciativa privada. Isso é o que tem acontecido na concepção do Estado mínimo do Robert Nozick e dos norte-americanos em geral, da direita, como George Bush, que pensam que o problema da saúde pode ser deixado às companhias, às clínicas, às multinacionais farmacêuticas e aos médicos, que no campo privado solucionariam o problema, e o Estado se isentaria desses gastos. Não pode ser, já que a função primeira do Estado é a saúde de seu povo (Costa, Bernardes; Grubits, 2011, p. 84).

Costa, Bernardes e Grubits (2011) acrescentam, ainda, que o sistema segundo a ótica Dusseliana, deveria preconizar a prevenção e abandono da concepção de saúde enquanto ausência de doenças:

Dentro desse processo de transformação, a medicina seria primeiramente preventiva, isto é, um conjunto de ações educativas para que a população possa gerir-se de forma mais saudável, como na alimentação, no exercício físico, produzindo um corpo mais saudável. Esse processo tem que acontecer desde a escola, junto com a ecologia e junto com outros princípios globais. Isso significa que na escola não se tem que ensinar apenas matemática, línguas e geografia; têm que se estudarem as formas para a manutenção da saúde, a manutenção ecológica do planeta e outros aspectos fundamentais que são mais

importantes do que aquilo que se estuda normalmente. Isso tem que passar pela educação, pela prevenção, mais do que apenas pela prevenção para uma vida saudável (Costa, Bernardes; Grubits, 2011, p. 84).

Pensar e construir esse sistema de saúde foi o desafio aceito por técnicos, gestores de saúde e usuários que em 1986, após convocação do Ministério da Saúde, se reuniram em Brasília, na VIII Conferência Nacional de Saúde, para uma discussão aberta sobre a reforma do sistema de saúde brasileiro. Era a primeira vez, na história da política de saúde brasileira, que se reuniu a comunidade e os técnicos na discussão de uma política setorial (Baptista, 2007).

Realizada na cidade de Brasília em 1986 com participação de cerca de 5.000 pessoas, representantes dos diversos movimentos sociais, movimentos populares de saúde, trabalhadores, usuários, estudantes e intelectuais da saúde, parlamentares, sindicatos, entre outros. No evento foram debatidos (não sem conflitos e contradições) os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, destacando-se o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação do SUS (através da unificação do INAMPS e do Ministério da Saúde, a descentralização e hierarquização dos serviços, a atenção integral às necessidades de saúde da população e a participação popular. A partir desta conferência, foi instituída uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária para o encaminhamento das propostas à Assembleia Nacional Constituinte e sua inscrição na Carta Magna (Aguiar, 2005, p. 37).

Em 1988, após debates acirrados e resistências entre os que defendiam os interesses privatistas e os que lutavam pela saúde pública e universal, foi aprovado o Sistema Único de Saúde na Constituição Federal. Assim, o Estado Brasileiro assumiu a saúde como um dever e direito de todos e todas, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Desta forma, as ações e serviços públicos passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. Ressalta-se que no texto constitucional, o financiamento caberia a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com recursos do orçamento da seguridade social, além de outras fontes (Brasil, 1998).

FIGURA 06 – Movimento ético-libertador da saúde no Brasil iniciado no final dos anos 1970



Fonte: Elaborado pela autora com base na leitura de Ramos e Oliveira (2020) e nos demais referenciais teóricos adotados.

Em todo processo de construção do SUS percebe-se que a sociedade brasileira está trilhando um movimento ético-libertador, iniciado com a legitimação da dor do Outro que tinha o direito à saúde negado, perpassando pela crítica do sistema de saúde excludente até a tomada de consciência crítica sobre o sistema, que resultou na articulação dos excluídos através de movimentos populares de saúde e participação popular na formulação de uma política setorial, que transformou radicalmente o sistema de saúde brasileiro (Figura 6). A consciência da negatividade mediada por uma razão crítico-discursiva levou a construção de um projeto de libertação no setor saúde, onde o caminhar “junto com os outros”, permitiu ir decidindo-se democrática, simétrica e participativamente, considerando a necessidade de mediações técnicas, econômicas, científicas e políticas (Dussel, 2020). Foi a primeira vez, que a partir do consenso dos excluídos e de suas comunidades ousou-se construir a utopia possível de Dussel, ou seja, um projeto de sistema de saúde ético, universal e público.

A história da saúde pública brasileira confunde-se com o processo sócio-histórico do país, onde a transformação do sistema de saúde pública significou a transformação do próprio estado brasileiro. Ressalta-se que a conquista do direito à saúde, teve origem no movimento social que exigiu participar das discussões em torno de uma política setorial não excludente, alicerçada em diretrizes e princípios éticos, organizados em defesa da

vida, onde todos e todas são responsáveis pela vida do Outro. Nesse processo de construção coletiva destaca-se o diálogo e o consenso dos excluídos e percebe-se a convergência do movimento ético-libertador da saúde brasileira, para o movimento ético-libertador de Enrique Dussel. Por fim, ressalta-se que o SUS, não é eterno, mas histórico e apresenta muitos problemas que carecem de análises, consensos e projetos que alimentem, diariamente, a utopia nacional de um Sistema Único de Saúde

4. A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, POR UMA PEDAGOGIA CRÍTICA FREIREANA

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada na cidade de Brasília em 1986 com a participação de 5.000 (cinco mil) pessoas, representantes dos diversos movimentos sociais, movimentos populares de saúde, trabalhadores, usuários, estudantes e intelectuais da saúde, parlamentares, sindicatos entre outros. No evento foram debatidos (não sem conflitos e contradições) os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, destacando-se: o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado, a criação do SUS (através da unificação dos serviços do INAMPS e do Ministério da Saúde), a descentralização e hierarquização dos serviços, a atenção integral às necessidades de saúde da população e a participação popular. A partir dessa conferência, foi instituída uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária para o encaminhamento das propostas à Assembleia Nacional Constituinte e sua inscrição na nova Carta Magna (Aguiar, 2015, p.37).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde brasileiro estabelecido legalmente a partir da Constituição Federal de 1988. Destaca-se que o SUS fundamenta-se na perspectiva da saúde enquanto direito, no papel do Estado na garantia desse direito e é considerado único, porque os princípios e diretrizes que regem a organização dos serviços e ações de saúde devem ser os mesmos nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) com comando único em cada nível de gestão. Funda-se no estado de bem-estar social e orienta-se por princípios doutrinários e organizativos (Aguiar, 2015).

Os princípios doutrinários expressam as ideias filosóficas que permeiam a criação e implementação do SUS e personificam o conceito ampliado de saúde e o direito à saúde, sendo estes: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. Os princípios organizativos orientam o funcionamento do sistema de modo a contemplar os princípios doutrinários e incluem: a descentralização, a regionalização, a hierarquização do sistema e a participação e o controle social. Esses princípios apontam para a democratização nas ações e serviços de saúde, possibilitando o direito a todos e a todas, independente de contribuição previdenciária ou outros pré-requisitos, organizando-se descentralizadamente, de modo a facilitar o acesso e participação dos cidadãos e cidadãs nas decisões e nos rumos da política de saúde (Aguiar, 2015).

Com a reforma constitucional de 1988 e com a criação do SUS em 1990, o Estado Brasileiro assume a responsabilidade de promover profundas transformações no campo da educação e da saúde. Neste contexto de transformação, o papel dos profissionais de

saúde também foi ressignificado: exige-se um profissional adequado à consecução dos princípios e diretrizes do SUS na prática diária (Moretti-Pires; Bueno, 2009). “A formação de profissionais coerentes com os princípios do SUS exige mais do que a concepção hospitalocêntrica e curativista, pautada na doença e no individual, ideia tradicional dos cursos da área de saúde” (Silva; Maniglia; Figueiredo, 2020, p. 4). Firma-se a necessidade de formar sujeitos dialógicos e críticos, plenos no exercício da cidadania, que atuarão na garantia do direito à saúde nos territórios, nos domicílios, nas escolas e não mais restritos ao ambiente hospitalar, na tentativa de apreensão da totalidade da realidade sanitária brasileira. Inserir-se na realidade concreta numa perspectiva dialógica para comprometer-se verdadeiramente com o SUS que nascia.

Não é possível um compromisso verdadeiro com a realidade, e com os homens concretos que nela e com ela estão, se desta realidade e destes homens se tem uma consciência ingênua. Não é possível um compromisso autêntico se, àquele que se julga comprometido, a realidade se apresenta como algo dado, estático e imutável. Se este olha e percebe a realidade enclausurada em departamentos estanques. Se não vê e não a capta como uma totalidade, cujas partes se encontram em permanente interação. Daí sua ação não pode incidir sobre as partes isoladas, pensando que assim transforma a realidade, mas sobre a totalidade. É transformando a totalidade que se transformam as partes. No primeiro caso, sua ação, que estaria baseada numa visão ingênua, meramente “focalista” da realidade, não poderia constituir um compromisso (Freire, 2020b, p. 26).

Nessa perspectiva um futuro fisioterapeuta ou uma futura médica, por exemplo, para quem o SUS é apenas um ordenamento jurídico que normaliza uma sociedade em transformação, sem conseguir apreendê-lo em sua complexidade, não pode comprometer-se com ele, ainda que ideologicamente o aceite (Freire, 2019c).

O desafio da ordenação da formação de recursos humanos é descrito como uma das atribuições do SUS na constituição e reafirmado na Lei de criação do SUS (Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990) no capítulo destinado aos objetivos e atribuições. No que concerne à formação a referida lei ainda prevê as seguintes competências ao SUS (Brasil, 1990):

- I. Criação de comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições com finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada de recursos humanos, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições;
- II. Organização de um sistema de formação de recursos humanos, em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

- III. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional;
- IV. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por comissão nacional (comissão intersetorial) sendo garantida a participação das entidades profissionais correspondentes;
- V. As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita próprias das instituições executoras.

A Reforma Sanitária Brasileira fomentadora da criação do SUS tem produzido desafios para a formação profissional, tencionando por uma reformulação nas práticas produtoras de saúde a partir de um diálogo horizontal, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial previsto com a criação das comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e o ensino de forma a ordenar a formação de recursos humanos para o SUS. A defesa da integralidade da atenção, da horizontalidade do cuidado e da autonomia das pessoas na construção dos seus projetos terapêuticos e de vida, advinda da ampliação da concepção de saúde é imprescindível para a construção de um perfil profissional consonante a uma perspectiva ética, política e social do cuidado (Mitre et al., 2008).

A aposta para a mudança do paradigma do cuidado e, simultaneamente, da formação em saúde, desde a criação do sistema, reside na integração entre ensino – serviço – comunidade que “está ancorada aos pressupostos conceituais que incorporam o processo de educação à transformação social, com base na análise das necessidades reais dos sujeitos, no âmbito do seu contexto histórico e social” (Vendruscolo; Silva; Silva, 2017, p. 247). A proposta de formação em saúde no SUS sinaliza uma convergência para a Pedagogia da Libertação de Paulo Freire ao apostar na articulação teoria – prática, na práxis educativa dialógica e na pesquisa.

Deste modo, foi prevista a “transformação” dos serviços públicos integrantes do SUS em espaços de cuidado, ensino e pesquisa mediante articulação do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (Brasil, 1990). Assim, os espaços antes destinados exclusivamente à assistência, passam a configurar como campo de prática para o ensino e a pesquisa, ou seja, espaços de ação-reflexão-ação sobre dois mundos em transformação: o mundo do trabalho e o mundo da formação em saúde. “Quando em intersecção, esses mundos se transmutam em algo novo, uma espécie de imagem objetivo,

em que é possível instituir o diálogo com outras realidades, originando novos fatos” (Vendruscolo; Silva; Silva, 2017, p. 247).

Inserir homens e mulheres em formação no SUS, pressupõe apostar numa educação problematizadora, numa educação crítica, que tem como cerne a práxis dialógica educativa, em outras palavras, adentra-se o mundo do trabalho (SUS) para agir – refletir – agir, no intuito articular teoria e prática (SUS) respondendo assim à vocação de homens e mulheres, “que só são seres autênticos quando estão engajados na busca e transformação criadoras” (Freire, 2016, p. 133). Para Freire, homens e mulheres se constroem e tornam-se sujeitos à medida que se integram em seus contextos, refletem sobre ele e se engajam para transformar permanentemente a realidade (Freire, 2016).

A partir das ideias de Freire, a integração ensino-serviço-comunidade possibilita ultrapassar o âmbito da apreensão da realidade para uma esfera crítica da tomada de consciência, por meio da aproximação entre a teoria e a prática. É por meio da interação com a realidade que podem ser desenvolvidas ações de intervenção para sua transformação e é com vistas ao desenvolvimento da capacidade de “aprender fazendo” que essa interação se materializa (Vendruscolo; Silva; Silva, 2017, p. 254).

Além da integração ensino – serviço – comunidade com objetivo de articular teoria e prática e estimular criticidade e o diálogo, outra aproximação das ideias de Freire diz respeito à questão da pesquisa imbricada ao processo de formação em saúde conforme a Lei do SUS, cuja díade formação-pesquisa possibilitará a melhoria do cuidado; pesquisar e educar compõem um permanente e dinâmico movimento. Para Freire “não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino” (Freire, 2019a, p. 30).

Neste contexto, o processo de mudança da formação em saúde deve romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre sujeitos (Souza, 2016). Nessa linha de entendimento, os sujeitos inserem-se num processo dialógico de humanização do mundo e, portanto, de si mesmos, para a construção do mundo comum (Freire, 2020a). Entretanto, identificam-se trabalhadores e gestores, das áreas da educação e da saúde, que deveriam ser personagens principais de mudança, resistentes às novas determinações legalmente em vigor no contexto da saúde (Meneses et al., 2018).

Para além das transformações propostas em sua operacionalização, o sistema defronta-se com interposições políticas que não reconhecem a inevitabilidade do aprimoramento da construção da identidade do profissional no SUS para a execução de

novas e multiformes atribuições, o que interfere na efetivação das redes de atenção à saúde e na consolidação do sistema (Meneses et al., 2018).

A formação em saúde ainda é uma problemática fundamental entre os planos de transformação do modelo de atenção à saúde no País. Torres et al. (2019) ressaltam alguns obstáculos para o seguimento do ensino-aprendizagem no sistema, como: a ausência de comunicação entre os trabalhadores, preceptores e tutores; a ausência de preparo para o trabalho em equipe, incluindo a produção de conhecimento; a ausência de trabalhadores com identificação e disponibilidade para o trabalho como preceptor/tutor; e a corriqueira atuação profissional desarticulada. Coexistem no SUS problemas relacionados ao processo de trabalho e a formação profissional em saúde.

Apesar de ampla literatura que aponte a premente necessidade de formar profissionais de saúde em outro enfoque, há ausência de discussão sobre como seria este modelo em termos teóricos e operacionais. Há lacunas sobre como formar o enfermeiro, o médico e o odontólogo de forma a possibilitar a integração das profissões numa genuína equipe multiprofissional em Saúde Coletiva, com maior coerência entre o que o SUS é e o que deveria ser, por seus princípios (Moretti-Pires E Bueno; 2009, p. 442).

Moretti-Pires e Bueno (2009) abordam, ainda, os entraves da formação universitária para a consolidação do SUS: a concepção pedagógica que vigora nos cursos da saúde mantém-se centrada na visão reducionista da saúde e da doença, no modelo de ensino de técnicas e no desenvolvimento restrito de competências, sem legar, ao futuro profissional, raciocínio crítico reflexivo para a ação junto ao usuário de saúde e no contexto social e histórico no qual se insere para o ato de cuidar.

Em maio de 2011, a revista inglesa “The Lancet” publicou uma edição intitulada “Saúde no Brasil” que traz uma análise sobre o ensino superior e os serviços de saúde no Brasil destacando que a questão – chave para saúde no Brasil poderia ser a deformação do ensino – humanístico, profissional e acadêmico – do pessoal da saúde, devido a dissonância entre a missão do SUS e o sistema de ensino superior (The Lancet, 2011).

Nesse sistema, ao ingressarem diretamente nos cursos profissionais, estudantes jovens e imaturos são forçados a tomar decisões cruciais de escolha da carreira muito cedo em suas vidas. Vários corolários caracterizam esse sistema. Primeiramente, a dura competição para o ingresso nos cursos de elevado prestígio social (por exemplo, medicina), geralmente após cursos preparatórios caros, transforma esses cursos em verdadeiros monopólios das classes afluentes, cujos membros tendem a apoiar as abordagens individualistas aos cuidados de saúde. Em segundo lugar, quase não há lugar para outros estudos mais gerais, que são necessários para promover uma ampla visão humanista das doenças e dos cuidados de saúde pelos profissionais de saúde. Em terceiro lugar, currículos fechados, que são projetados para a exclusividade, tendem a ser menos interdisciplinares e mais especializados, alienando assim os

segmentos profissionais entre si e dificultando um eficiente trabalho em equipe (The Lancet, 2011, p. 7).

No artigo intitulado “Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios”, Machado e Ximenes (2018, p. 1973) relatam a não superação de alguns problemas relacionados à formação em saúde devido a persistência da formação inadequada dos profissionais que atuam ou irão atuar no sistema público de saúde, “além da defasagem entre ensino e realidade e aspectos pedagógicos, acrescentando-se a expansão do ensino privado”. Segundo os autores:

Após quase 30 anos de SUS, ainda perduram dificuldades para o desenvolvimento de práticas integrais, de prevenção de riscos, agravos e doenças e de promoção da saúde, seja no cuidado, na assistência e na atenção à saúde, às famílias e comunidades nos diferentes espaços do território brasileiro. Portanto, faz-se mister uma competente educação na saúde, como diretriz para a qualidade do cuidado, devendo esta ser pautada com base nos determinantes sociais da saúde, nas necessidades da população e de grupos vulneráveis, no perfil epidemiológico local, com vivências teórico-práticas voltadas para a realidade local, e com um currículo que permita a inserção do estudante de graduação em cenários de práticas, desde o primeiro semestre da universidade (Machado; Ximenes, 2018, p. 1973).

Machado e Ximenes (2018) referem, ainda, que a despeito das políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde estabelecidas nas últimas décadas, a formação dos trabalhadores para o SUS ainda apresenta desafios como: a mudança do modelo flexneriano, que se mantém em grande parte dos currículos, com a formação centrada ainda na clínica hospitalar e na especialidade, e a manutenção do paradigma hegemônico da cura, em detrimento às práticas comunitárias; os profissionais, a exemplo de enfermeiros, médicos e odontólogos, não vivenciam uma densa formação voltada para a atuação na Atenção Primária à Saúde (APS), o que dificulta a compreensão, o planejamento e a organização do processo de trabalho e a efetivação de projetos terapêuticos humanizados; o corpo docente de profissões, como a Medicina e Odontologia, com poucas vivências no SUS e em práticas de promoção da saúde, em detrimento da prática hegemônica nos consultórios.

No “Glossário Temático: gestão do trabalho e da educação na saúde” do Ministério da Saúde, a formação profissional em saúde é definida como um “processo de ensino-aprendizagem dos conhecimentos requeridos para o exercício de uma profissão ou ocupação regulamentada que se dirige à educação técnica ou superior” (Brasil, 2013, p. 22). A publicação aponta como objetivos da formação de estudantes e trabalhadores, no exercício da profissão, o desenvolvimento de competências necessárias à qualificação do

SUS frente às necessidades da população, que são: técnicas, éticas e humanísticas, capacidade crítica e postura solidária.

Sobremaneira a educação na saúde tem como desafio induzir um novo paradigma na formação de profissionais de saúde que transite pela interprofissionalidade, intersetorialidade, integralidade do cuidado e concepção ampliada do processo saúde – doença, com possibilidade de reflexão crítica sobre processos de trabalho e de formação em saúde (Soeiro et al, 2019).

Decerto a instrumentalidade da educação na saúde denota algo maior que a simples preparação dos quadros técnicos. A educação precisa ajudar homens e mulheres, a partir de tudo o que constitui suas vidas a se tornarem sujeitos (Freire, 2016).

4.1. A Residência Médica e o Sistema Único de Saúde

A educação médica no Brasil, desde a criação do SUS em 1988, tornou-se objeto de análise e debates devido a um “consenso quanto à necessidade de reformulação da formação médica para atender às demandas assistenciais atuais” (Nogueira, 2014, p. 15). Temas como humanização, integralidade do cuidado, redes de atenção à saúde, equipe multidisciplinar provocam mudanças na formação médica, entretanto, leis e portarias não têm sido suficientes para realizar uma mudança efetiva. Assim a formação médica tradicional prevalece, perpetuando o modelo hegemônico de cuidado médico-centrado e hospitalocêntrico orientado pela doença e caracterizado pela tríade mecanicismo, biologicismo e individualismo (Nogueira, 2014).

A situação agrava-se à medida que os recém-formados adentram no programa de residência médica, pois essa modalidade de formação é, ainda, o principal modo de reprodução do modelo hegemônico (Nogueira, 2014). Ressalta-se, também, que o perfil profissional desejado para atuar no Sistema Único de Saúde pressupõe uma formação generalista, humanista e reflexiva pautada em princípios éticos que não condiz com o adestramento que marca o processo de formação de especialistas médicos desde sua origem.

Fruto do modelo flexneriano que se impôs e permanece na prática, a medicina atual, contrariando qualquer formulação fundada no sentido social da saúde, constrói seu objeto com base nos conhecimentos biomédicos e por especialidades, produzindo investigações de ponta a respeito de patologias, de forma antes nunca imaginada. Seu momento de glória atual é o aprofundamento e a ampliação do conhecimento em áreas específicas, em busca da descoberta de novos campos de investimento em ciência e tecnologia, em possibilidades de terapias e de medicamentos voltados para a neuropsiquiatria, a imunologia, a engenharia genética, o rejuvenescimento e

outros problemas da demanda de países centrais e das classes dominantes (Lampert, 2009, p. 89 – 90).

De acordo com Romão et al (2022) no Brasil em 2020, estavam matriculados 53.776 médicos residentes em 4.862 programas oferecidos por 809 instituições, com concentração de dois terços das vagas na região Sudeste do país, o equivalente a 57,3% dos residentes. São Paulo destaca-se com a maioria das vagas de residência médica com 33,9% do total de médicos do Brasil, seguido por Minas Gerais, com 11,1% e Rio de Janeiro com 10,7%. Em quarto lugar aparece o Rio Grande do Sul, com 7,3% (Romão et al, 2022).

Em resumo, doze das 27 unidades da Federação têm menos de 1% dos médicos residentes. Nos Estados da região Norte, apenas o Pará fica acima desse número com 1,5%. Considerando a distribuição de escolas médicas no país, o número de egressos por região geográfica e as necessidades populacionais, a ampliação da oferta de vagas de residência médica precisa ser reformulada com novas políticas públicas de incentivo para o desenvolvimento de bons programas nas regiões mais carentes, visando a fixação dos profissionais nessas áreas (Romão et al, 2022, p. 11).

Criada nos Estados Unidos da América (EUA) no final do século XIX, a residência médica surgiu a partir de um programa de treinamento instituído pelos professores Osler e Hausted nas dependências do hospital universitário Johns Hopkins e destinado a médicos recém-formados (Romão et al, 2022; Ribeiro, 2022; Brasil, 2010).

Segundo Romão et al (2022, p. 4), em 1889, William Halsted iniciou um programa de treinamento com objetivo de formar jovens cirurgiões:

Esse treinamento exigia a dedicação em tempo integral de seus aprendizes, que moravam no próprio hospital. Daí vem o nome “residência médica”. Os aprendizes ficavam, portanto, disponíveis 24 horas/dia, todos os dias, para atender seus pacientes. Segundo a filosofia do modelo, eram importantes para o aprendizado da cirurgia as atividades práticas sob supervisão.

No mesmo ano, o médico canadense William Osler criou um programa de treinamento em medicina interna onde o aprendizado baseava-se no ensino à beira do leito. Tanto o programa de Halsted como o de Osler eram longos, com duração entre 6 e 8 anos, e seguiam uma hierarquia de aprendizado. Assim, à medida que o residente médico ganhava experiência para atuação no contexto hospitalar, “subia degraus” até alcançar a condição de membro da equipe (Romão et al, 2022). Entretanto, somente em 1927, “a American Medical Association (AMA) reconheceu a residência médica como modelo de treinamento e começou a aprovar os primeiros programas” (Romão et al, 2022, p. 3).

De acordo com Ribeiro (2022, p. 21) esse modelo de pós-graduação criado no final do século XIX difundiu-se primeiramente nos EUA e posteriormente no mundo, “tornando-se padrão ouro da pós-graduação médica”.

É importante ressaltar que esse modelo de adestramento de médicos recém-formados sofreu influência de uma pesquisa norte-americana sobre educação médica realizada no início do século XX, que originou o famoso Relatório Flexner que passou a orientar o currículo médico (Silveira, 2005; Ribeiro, 2022). Assim teve início a forma tradicional de ensinar Medicina no contexto denominado de paradigma flexneriano de educação médica, que tem se caracterizado:

(a) pela predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas; (b) pelo fato de o processo de ensino-aprendizagem estar centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas; (c) pela prática desenvolvida predominantemente no hospital; (d) pela capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica; e (e) pelo mercado de trabalho referido apenas pelo tradicional consultório, onde o médico domina os instrumentos diagnósticos e os encaminhamentos, e cobra seus honorários sem a intervenção de terceiros (Lampert, 2009, p. 67).

Importado dos EUA, o modelo de formação de médicos especialistas chegou ao Brasil em 1944, quando foi criado informalmente o primeiro programa de residência médica no serviço de ortopedia do Hospital das Clínicas de São Paulo, ligado à Universidade de São Paulo (USP). Em 1948, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro abriu programas de residência médica em clínica médica, pediatria e cirurgia geral (Romão et al, 2022; Ribeiro, 2022; Brasil, 2006). A partir de então, esse modelo de formação médica hospitalocêntrica começou a se disseminar lentamente no Brasil, consolidando-se na década de 1960:

Os primeiros programas de Residência surgiram dentro de instituições hospitalares e em regime de internato. Algumas pessoas envolvidas com esta modalidade de ensino apegavam-se erroneamente à tradução literal do inglês e só concebiam o residente como morador do hospital. “Essa interpretação é defendida por aqueles que dizem que a moradia fora do hospital possibilita atrasos no horário de entrada e faltas injustificáveis” (Porto, 1962, p. 21 apud Brasil, 2010, p.24).

De 1944 até 1977, não existia padronização no processo de seleção ou no treinamento dos graduados em medicina (Romão et al, 2022). Os programas de residência médica formavam especialistas sem regulamentação ou intervenção estatal. Em 05 de setembro de 1977, o Decreto Presidencial nº 80.281 regulamentou a residência médica e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (Brasil, 1977).

A residência em Medicina, constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada à médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em

Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (Brasil, 1977).

É importante ressaltar que a intervenção estatal na formação de especialistas médicos ocorre simultaneamente ao desenvolvimento do “Complexo Médico Empresarial” impulsionado por vultuosos investimentos estatais na época da ditadura militar, seja por investimentos diretos ou pela contratação dos serviços médicos privados (Baptista, 2007; Lampert, 2009; Aguiar, 2015). A medicina de grupo, também orientada para a comercialização da saúde e pelo lucro, teve grande expansão no período (Aguiar, 2015).

A assistência médica financiada pela Previdência Social alcançou, na década de 70, a maior expansão em número de leitos, em cobertura e em volume de recursos arrecadados. A forma de contratação e pagamento de empresas privadas para prestação de assistência aos segurados favoreceu o processo de corrupção com conseqüente desfalque para o orçamento previdenciário. Fazendo jus a essa política, ocorreu uma expansão de clínicas e hospitais privados construídos com recursos da previdência e de faculdades particulares de medicina com enfoque na medicina curativa – com ênfase nas especialidades médicas e na sofisticação tecnológica, com conseqüente aumento de consumo de equipamentos médico-hospitalares e produtos farmacêuticos (Aguiar, 2015, p. 31).

Terreno fértil para formação de especialistas segundo o modelo flexneriano, as políticas de saúde e de educação forjaram a figura do médico contemporâneo, cuja principal característica é a formação especializada (Romão et al, 2022).

Nesse processo de afinilamento do conhecimento, o aprendizado de pós-graduação do médico em serviços especializados passou a ser imperativo na formação profissional e a residência médica, no decorrer dos anos, consolidou-se como a melhor forma de capacitação nesse sentido (Romão et al, 2022, p. 4).

Com a reforma constitucional de 1988, o Estado Brasileiro assumiu a responsabilidade de promover profundas transformações no campo da educação e da saúde.

Com a adoção do conceito ampliado de saúde e a criação do SUS estava posto um dos maiores desafios da reforma sanitária brasileira: preparar profissionais para o cuidado integral e generalista, atentando que a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil tem perpetuado modelos essencialmente conservadores de conhecimentos fragmentados, centrados na doença, pautado em especialidades que supervaloriza procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (Castro; Vilar; Oliveira, 2016, p. 151).

A Constituição de 1988 regulamentou a saúde como direito de todos e dever do estado e propõe uma reforma no setor, em busca de um modelo mais adequado à realidade sanitária do país. Nessa reorientação do setor saúde, as ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema

único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e, III – participação da comunidade. Entre as atribuições constitucionais do Sistema Único de Saúde destaca-se a ordenação da formação de recursos humanos da área da saúde (Brasil, 1988). A defesa pela integralidade da atenção, horizontalidade do cuidado e autonomia das pessoas na construção dos seus projetos terapêuticos e de vida, advinda da ampliação da concepção de saúde tornou-se imprescindível para a construção de um perfil profissional consonante a uma perspectiva ética, política e social do cuidado (Mitre et al., 2008).

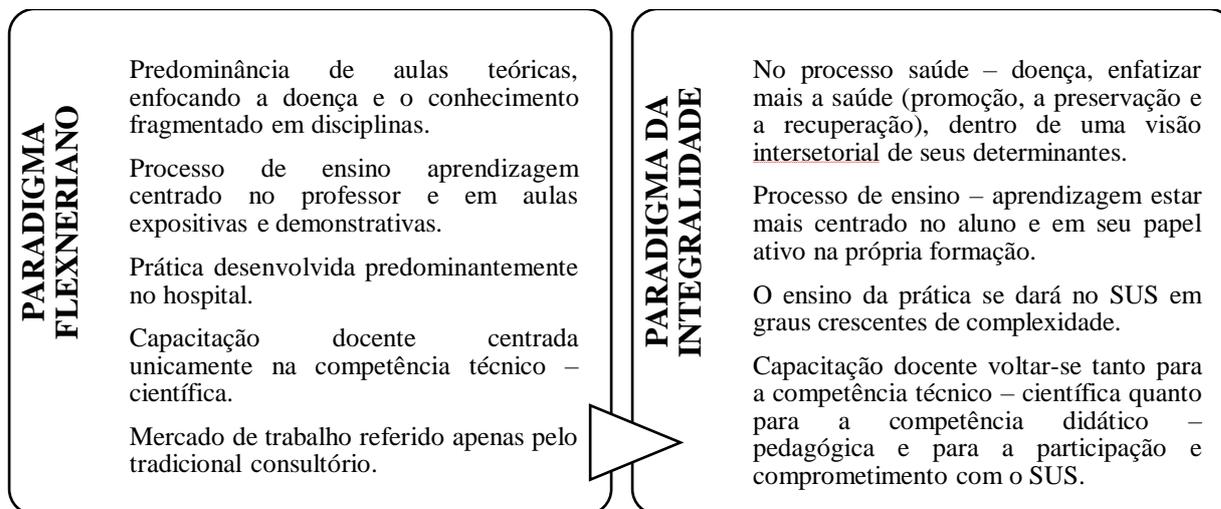
Instaurou-se o desafio de formar médicos segundo o paradigma da integralidade, que orienta para:

(a) o processo saúde-doença enfatizar mais a saúde do que a doença (a promoção, a preservação e a recuperação da saúde, sendo a doença um desvio, uma intercorrência da saúde, que deve ser evitada e, quando diagnosticada, eliminada em qualquer estágio evolutivo em que se encontre com o reestabelecimento da saúde); (b) o processo ensino-aprendizagem estar mais centrado no aluno e em seu papel ativo na própria formação; (c) o ensino da prática se dar no sistema de saúde existente em graus crescentes de complexidade, voltado para as necessidades básicas de saúde, dentro de uma visão intersetorial de seus determinantes e da importância das referências e contra-referências entre os níveis de atenção; (d) a capacitação docente voltar-se tanto para a competência técnico-científica quanto para a competência didático-pedagógica, e para a participação e comprometimento no sistema público de saúde (isso se refere à formação e reciclagem dos profissionais médicos, assim como à formulação e avaliação das políticas, dos serviços e do próprio sistema); e (e) o acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico estar orientado pela reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas (Lampert, 2009, p. 68).

Nesse contexto, as residências médicas precisariam ser orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às exigências e regulamentações da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) com o desenvolvimento de projetos pedagógicos que priorizem conteúdos, estratégias e cenários de aprendizagem que articulem gestão, atenção, formação e participação social. Para Santos et al (2017), as formações nas residências tendem a se constituir como modelos formativos promotores da aprendizagem experiencial fundamentada na reflexão crítica sobre situações cotidianas. Clamava-se por uma formação de profissionais com competências para atuar no SUS, em qualquer nível de atenção à saúde. Profissionais motivados a ir além da assistência à doença, com habilidades de compreender e intervir na realidade histórica, cultural, econômica e social na qual o cidadão vive (Haddad et al, 2008). Todavia, nessa formação em saúde, não se

pensa apenas no “ser profissional”, mas no “ser sujeito histórico”, cidadão que se implica nos processos sociais vivenciados. (Torres et al, 2019).

FIGURA 7 – Paradigmas da formação em saúde



Fonte: Elaborado pela autora com base na leitura de Lampert (2009).

Dentro desse processo de transformação, a medicina seria primeiramente preventiva, isto é, um conjunto de ações educativas para que a população possa gerir-se de forma mais saudável, como na alimentação, no exercício físico, produzindo um corpo mais saudável. Esse processo tem que acontecer desde a escola, junto com a ecologia e junto com outros princípios globais. Isso significa que na escola não se tem que ensinar apenas matemática, línguas e geografia; têm que se estudarem as formas para a manutenção da saúde, a manutenção ecológica do planeta e outros aspectos fundamentais que são mais importantes do que aquilo que se estuda normalmente. Isso tem que passar pela educação, pela prevenção, mais do que apenas pela prevenção para uma vida saudável (Costa, Bernardes; Grubits, 2011, p. 84).

Em transformação desde o fim da ditadura militar e sob inspiração do movimento social de saúde que lutou pela criação do SUS, o setor saúde brasileiro precisaria preparar profissionais de saúde, entre eles a categoria médica, sensíveis às necessidades de saúde da população, que incorporem em suas práticas, as dimensões biopsicossociais e as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, garantindo a continuidade da atenção nos distintos níveis de atenção, articuladas a um conjunto de políticas, mediante ação intersectorial (Gonzalez; Almeida, 2010; Paim, 2007).

4.2. Os impactos do Sistema Único De Saúde (Sus) sobre o ensino na Residência Médica

A Lei Orgânica da Saúde conhecida como Lei do SUS – Lei nº 8080 – promulgada em 19 de setembro de 1990 regulou, em todo o território nacional, as ações e serviços de

saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou Privado (Brasil, 1990). Ao assumir como dever a garantia de saúde à toda população, o Estado Brasileiro por meio do SUS, passou a ordenar não somente ações e serviços, mas toda a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde com participação na formulação e na execução de política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Ao SUS competia consolidar uma política intersetorial de formação de profissionais de saúde, mediante articulação com órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área da saúde.

Como resultado, logo após a criação do SUS, em 1988, houve uma desmedida expansão no número de escolas médicas, especialmente de caráter privado, cujos instituidores vislumbraram uma oportunidade de maiores ganhos financeiros, visto que a procura pelos cursos de medicina tradicionalmente sempre foi a de maior demanda de candidatos entre todas as carreiras do ensino superior (Romão et al, 2022, p.8).

Uma política intersetorial de formação de recursos humanos precisaria ser formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo objetivando: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS; transformação dos serviços públicos integrantes do SUS em campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Destaca-se que a referida lei incidiu sobre todos os níveis de ensino na área da saúde e dedicou o art. 30 para tratar especificamente das especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão, as chamadas residências, que seriam regulamentadas por Comissão Nacional conforme previsto no art.12 que tratou da criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades da sociedade civil (Brasil, 1990).

Em concordância com os princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde iniciou, em articulação com o Ministério da Educação, mudanças nos currículos de graduação da área da saúde. De acordo com Costa et al (2018) as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos da área da saúde foram criadas com a intenção de contribuir para a consolidação do SUS no Brasil. Nelas constam orientações para a

elaboração dos projetos político-pedagógicos e currículos pelas Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil.

A primeira resolução com diretrizes para a área da Saúde – Resolução CNE/CES no 1.133/2001 – de 7 de agosto de 2001, que dispõe sobre as DCNs dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, apresenta elementos sobre perfil, competências e habilidades dos egressos, conteúdos curriculares, estágios e atividades complementares, organização do curso, acompanhamento e avaliação que atendam as demandas do SUS (Costa et al, 2018, p. 1183).

Especificamente na questão da formação médica, a Resolução do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior aprovada em 2001 previu uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com um egresso médico capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001). Para Nogueira (2014, p. 27) a reorientação da formação médica “é uma tentativa de reconsiderar as subjetividades presentes no complexo processo de adoecer humano e valorizar a medicina como prática relacional”.

Apesar do caráter inovador da legislação de saúde e, por conseguinte, da legislação educacional, Romão et al (2022) advertem que a implementação do SUS pelo Ministério da Saúde sucedeu em descompasso entre as necessidades do novo modelo de atenção à saúde e o perfil dos profissionais formados pelas universidades até então focados no mercado de trabalho, devido a insuficiente interação com as universidades públicas vinculadas ao Ministério da Educação (MEC).

No MEC, a expansão do ensino superior passou a ser prioridade central a partir do ano de 2004 e isso possibilitou grande expansão das vagas nas graduações da área da saúde, mas, na Medicina, esse aumento foi proporcionalmente menor devido à ação condicionante da Comunidade Medicina Liberal. Não foi dada prioridade à mudança na graduação ou na residência médica, de modo que, por parte do MEC, não houve mudança em relação ao que já vinha acontecendo desde a década anterior. Colocar na agenda a mudança da graduação em Medicina implicaria em construir políticas para intervenção também nos demais cursos da saúde e, quiçá, em diversos outros. Além de exigir a mobilização de muitos recursos, essa não era a prioridade do MEC, que havia publicado as novas diretrizes curriculares em 2001, e a mudança do Provão para o novo Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes), ocorrida em 2003, já era vista como uma intervenção na questão da qualidade da graduação e reorientação da mesma na perspectiva das novas diretrizes curriculares instituídas (Pinto, 2021, p.165).

As necessidades de adaptação apontavam para além do currículo da graduação em Medicina e do modelo de ensino tradicional das residências médicas. O corpo docente não tinha experiência no modelo de cuidado hierarquizado e com foco na atenção primária

e na prevenção, situando suas atividades clínicas e pedagógicas no cuidado médico-centrado ofertado nos hospitais e nos consultórios particulares. Por sua vez, os serviços públicos de saúde não ofertavam estrutura física e nem profissionais qualificados para atividades pedagógicas, quiçá para a realização de pesquisas.

Outro agravante foi a alteração do fluxo de pacientes a partir da implementação do sistema hierarquizado de saúde, onde pacientes acometidos por doenças de menor complexidade seriam atendidos na atenção primária e secundária, formada pelas unidades básicas de saúde e ambulatórios especializados, respectivamente. Como consequência a formação médica precisaria transpor os muros dos hospitais, situação desconfortável, sobretudo para os hospitais universitários, que contavam com clientela própria para o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa na graduação e na residência médica (Romão et al, 2022).

Com a regulamentação do SUS todos os hospitais públicos, inclusive os universitários, foram incorporados ao sistema, demandando enormes adaptações na estrutura física e de pessoal e exigindo altos investimentos em tecnologia pelas universidades, de modo a organizar o cuidado no nível terciário, com atendimento dos pacientes acometidos por doenças de alta complexidade, onde o cuidado poderia envolver procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores (Romão et al, 2022).

Evidentemente, esses fatos geraram reflexos na formação de residentes, pois nos primeiros 2 anos dessa formação (conhecidos, respectivamente como R1 e R2) o aprendizado e o treinamento dependem de pacientes de baixa e média complexidade, cuja assistência é feita, como explicado anteriormente, em nível primário nas unidades básicas de saúde, e em nível secundário em hospitais e centros de referência de menor complexidade (Romão et al, 2022, p. 9).

Como parte do processo de indução de mudanças na formação médica, foi lançado em 2009, o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica), por meio da Portaria Interministerial nº 1.001 MEC/MS, de 22 de outubro de 2009. Como modalidades de indução, foram implementadas duas ações principais: financiamento de bolsas de residência para vagas em novos programas prioritários em concordância com as políticas de Saúde do SUS e apoio à criação, à ampliação e à requalificação de programas de residência médica prioritários (Brasil, 2009). Este programa permitiu a implantação de novos programas de residência e ampliação de vagas para especialidades prioritárias em áreas remotas:

Dentre os projetos aprovados, predominaram aqueles provenientes das Regiões Norte (44%) e Nordeste (33%), seguidos por Sudeste (13%) e o Centro-Oeste com 10%. Dentre as especialidades, a que teve maior número de projetos aprovados foi de medicina de família e comunidade, seguidas por psiquiatria e clínica médica (Ribeiro, 2022, p. 39).

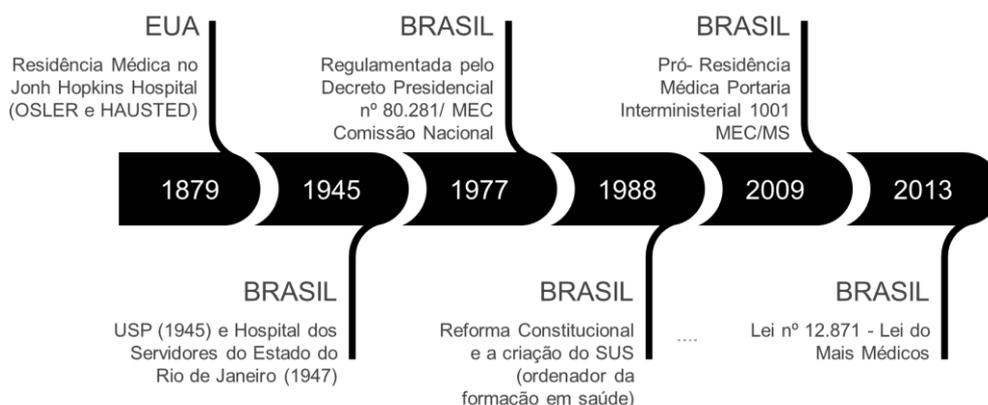
A maior aprovação de projetos de medicina de família e comunidade anunciava a necessidade de deslocar a formação de especialistas do hospital para a rede de atenção à saúde, no intuito de garantir a diversidade de espaços de formação contribuindo para a formação de médicos segundo o paradigma da integralidade, ou seja, aptos ao cuidado integral e em equipe com atuação articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde da população (Ribeiro, 2022).

Observou-se que houve maior procura dos médicos recém-formados por especialidades que agregam procedimentos, maior remuneração, com menor dedicação e envolvimento contínuo com os pacientes, além de dar maior prestígio social” (Ribeiro, 2022, p. 39).

A maior procura por essas especialidades pode ser explicada pelo fato de que no sistema de saúde brasileiro está formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviço, compondo um complicado *mix* público privado, financiado majoritariamente com recursos públicos, ou seja, a lei da oferta e da demanda vigora impiedosamente no SUS, com implicações variadas (Lampert, 2009). Isso significa a manutenção do mercado como orientador da formação de especialistas médicos para os consultórios particulares e hospitais, com elevado consumo de exames diagnósticos e medicamentos, perpetuando o cuidado médico-centrado e hospitalocêntrico, reproduzindo de forma acentuada o paradigma flexneriano. “É importante ter isso em conta, sobretudo quando se fala das mudanças reiteradamente propostas quanto a um novo paradigma” (Lampert, 2009, p. 71).

Outra tentativa de mudança da formação médica foi instaurada pela Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS).

FIGURA 8 – Criação e regulamentação da residência médica no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora com base na leitura de Romão et al (2022) e Ribeiro (2022).

O Programa Mais Médicos tinha como objetivos: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (Brasil, 2013).

Para a consecução dos objetivos do programa foram adotadas as seguintes ações: reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (Brasil, 2013).

Mediante o estabelecimento de novos parâmetros para a educação médica, destaca-se que em sua égide, o programa sinalizou a formação médica como um processo permanente, que se estende para além da graduação, e dependente da integração ensino – serviço – comunidade. “Este programa partiu das premissas de que havia necessidade de reafirmar um modelo assistencial que tivesse a atenção primária como base (SUS) e de que a formação médica também devia ter compromisso social” (Romão et al, 2022, p. 9). Assim, programa apostava na inserção dos graduandos em medicina na realidade sócio sanitária do país, no intuito de desenvolver competências para a atuação no SUS (Ribeiro, 2022). No que concerne às residências médicas, o programa buscava transformar a residência em uma política pública, pois o alto investimento público no pagamento de bolsas não poderia servir exclusivamente aos interesses das corporações médicas (Pinto, 2021).

O Programa Mais Médicos para o Brasil também teria um grande impacto sobre os programas de residência médica, pois estabeleceu em seu artigo 5º a obrigatoriedade de que cada uma das escolas médicas criadas tivesse seus próprios programas de residência e, segundo a Lei 12.871, “os programas de residência médica [...] ofertarão vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior”. Essa lógica priorizava a criação de programas de residência de medicina de família e comunidade para que os graduandos fizessem treinamento de 1 a 2 anos neste programa, conforme a proposta inicial, atuando no SUS antes de ingressar nos demais programas de especialidades (clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria e psiquiatria. Nove especialidades médicas dispensariam essa exigência: genética, medicina do trabalho, medicina de trânsito, medicina esportiva, medicina física e de reabilitação, medicina legal, medicina nuclear, patologia e radioterapia (Romão et al, 2022, p. 9).

Desta forma o estado brasileiro tentava reorientar o principal modo de produção de especialistas médicos segundo o modelo flexneriano, visando consolidar o paradigma da integralidade do cuidado. Para Nogueira (2014, p. 135) “enquanto certos valores (acolhimento, humanização, integralidade) não penetrarem no mundo da residência e das especialidades, será muito difícil fazer uma mudança efetiva”.

5. PARA UMA PRÁXIS PEDAGÓGICA CRÍTICA FREIREANA NA FORMAÇÃO DE MÉDICA/OS ESPECIALISTAS

Nessa seção tenta-se uma aproximação com o legado pedagógico de Paulo Freire no intuito de evidenciar a possibilidade de transformação da prática pedagógica na área da saúde, historicamente marcada pela transmissão de informações por meio de relações verticais e não-dialógicas que contradizem os princípios e diretrizes do SUS.

5.1. O amor na prática pedagógica

Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura (Rosa, 1994, p. 438).

O amor é uma busca incessante que acompanha o ser humano ao longo da sua existência. Inúmeros são os estudos que tentam compreender os efeitos e as consequências da presença ou da ausência do amor para a vida em sociedade. Entretanto, torna-se extremamente difícil conceituar algo que inaugura nossa humanidade e cria a necessidade de diálogo, de cooperação, de cuidado, de pertencimento, de respeito e de compromisso.

Por revelar nossa humanidade, o amor ainda é tabu nos debates e nas políticas públicas que almejam o bem comum e a transformação social. Estrategicamente, institui-se a cultura do medo e do desamor: o amor nasce na semelhança e não na diferença. Assim, são socialmente impostos comportamentos, ideias e discursos que silenciam, esvaziam e desumanizam seres humanos, em prol de um amor que desconhece a diversidade.

Talvez, na história da humanidade, nenhuma outra instituição tenha assumido esse papel homogeneizador tanto quanto o sistema educacional. Nele se “ajustam” comportamentos, conhecimentos, ideias e sonhos no intuito de produzir seres humanos socialmente amáveis. Instituem-se uniformes, horários, punições, premiações e outros rituais de controle para construir subjetividades dóceis e débeis. A escola torna-se uma linha de montagem de seres humanos, onde as notas revelam o padrão de qualidade dos produtos que serão “negociados” futuramente no mercado de trabalho e estimulam a competitividade desenfreada. A educação do medo garante a manutenção das estruturas de dominação e as práticas educativas amorosas na escola fenecem.

Ao tratar da amorosidade no campo educacional, o educador brasileiro Paulo Freire (2020) defende que o amor é uma tarefa do sujeito comprometido com a supressão de uma situação opressora. Para ele, uma educação para e com seres humanos não pode prescindir do amor:

Não há educação sem amor. O amor implica luta contra o egoísmo. Quem não é capaz de amar os seres inacabados não pode educar. Não há educação imposta, como não há amor imposto. Quem não ama não compreende o próximo, não o respeita (Freire, 2020b, p. 36).

Na perspectiva freireana, o amor é condição para uma educação dialógica comprometida com a transformação da sociedade. Trata-se de um amor que encoraja e liberta, um amor pela vida e pelos outros, um amor que, atrelado à esperança, principia o diálogo e cria inéditos viáveis:

Como os demais saberes, este demanda do educador um exercício permanente. É a convivência amorosa com os seus alunos e na postura curiosa e aberta que assume e, ao mesmo tempo, provoca-os a se assumirem enquanto sujeitos sócio-históricos-culturais do ato de conhecer, é que ele pode falar do respeito à dignidade e a autonomia do educando (Freire, 2019a, p. 12).

De acordo com Dickmann e Dickmann (2020, p. 133), o projeto político pedagógico freireano tem como marca a “Pedagogia da Amorosidade”, sendo esta concebida como:

atitude dos educadores e educadoras na relação com os educandos e educandas e entre si, fazendo do espaço educativo um lugar de acolhimento e amor unidirecional ao outro, de alteridade crítica, que não esgota o Eu em detrimento do Outro, mas que dialetiza a existência de ambos nessa relação.

Na mesma direção, Oliveira e Santos (2022, p. 92), reafirmam que a afetividade/amorosidade se constitui como um aspecto fundamental da concepção de educação freireana, no sentido de contraposição à educação hegemônica opressora e não dialógica, que para garantir a cientificidade e a rigorosidade na prática pedagógica, “precisa também ser “fria”, acética, silenciosa, não havendo espaço para a afetividade na relação entre educadores e educandos”. Para as autoras, a pedagogia freireana contrapondo-se à educação bancária, evidencia “a importância da amorosidade como vínculo pessoal, político e pedagógico sem a qual não é possível à educação ser uma prática libertadora” (Oliveira e Santos; 2022, p. 92),

Com uma prática docente e uma pedagogia fortemente influenciada pelo pensamento freireano, Hooks (2021b) destaca a importância do amor nas práticas educativas para a supressão dos sistemas de dominação (racismo, sexismo, exploração de classe, imperialismo). De acordo com a autora:

Falar sobre amor em relação ao ensino, por si só, significa se engajar em um diálogo que é tabu. Quando falamos sobre amor e ensino, as conexões que mais importam são as relações entre professores e as matérias que lecionam e a relação estudante – professor. Quando, como professores, damos profunda importância ao tema tratado, quando declaramos amor ao que ensinamos e ao processo de ensino, essa declaração de conexão emocional tende a ser vista com aprovação por coordenadores e colegas. Quando falamos sobre amar nossos estudantes, essas mesmas vozes tendem a falar sobre exercitar cautela. Elas nos advertem sobre os perigos desse aproximar “demais”. Conexões emocionais tendem a ser suspeitas em um mundo no qual a mente é valorizada acima de tudo, no qual predomina a ideia de que as pessoas podem e devem ser objetivas. Tanto durante meus anos como estudante quanto no decorrer da minha carreira como professora, fui criticada por ter muita paixão, por ser “emotiva demais” (Hooks, 2021b, p. 203).

Para educar é preciso se conectar com os recursos didáticos, com o ambiente, com os saberes e, principalmente, com os seres humanos. Amar a imperfeição, a diversidade e o inacabamento humano é condição *sine qua non* quando se deseja educar no sentido de preparar as pessoas para o mundo e o viver em sociedade.

Se considerarmos o sentido etimológico da palavra educar - do latim *educere*, que significa literalmente “conduzir para fora” ou “direcionar para fora” – o ato de conduzir seres humanos para fora de si mesmos, mostrando as diferenças que existem no mundo, exige que professoras e professores sejam amorosos. Analogamente podemos comparar a entrada na escola ao nascimento, pois cada ser humano ao nascer precisa ser conduzido com amor a aventurar-se fora do útero, num mundo que nem sempre é acolhedor. O mesmo ocorre quando se adentra a escola; nela o amor deve ou deveria tornar mais dialógico, criativo, ético e solidário o caminho a ser percorrido rumo ao conhecimento. “Quando amamos, expressamos cuidado, afeição, responsabilidade, respeito, compromisso e confiança” (Hooks, 2021a, p. 55). Destarte, ensinar com amor implica uma postura perante o mundo e uma forma de inserção na sociedade.

O amor educativo é um amor pelas pessoas que participam do ato educativo, mas também pelo mundo, pela vida, pela posição que ocupamos quando educamos. O amor alimenta a vontade transformadora de mundo que movimenta a educação pública e popular, tão desconsiderada entre nós. É também um amor que vive da diferença, a expande; finalmente, o amor é uma espécie de confiança e de esperança irrenunciável de que, através de uma educação problematizadora, um outro mundo pode sempre nascer; que o mundo sempre pode ser de uma outra forma, ou de que sempre podem caber novos mundos, mundos diferentes, no mundo que habitamos (Kohan, 2021, p. 153).

No contexto educacional, Bell Hooks (2021b, p. 215) afirma que o amor é a fundação sobre a qual toda comunidade pedagógica deve ser criada tendo em vista que “o amor na sala de aula prepara docente e estudantes para abrir a mente e o coração”. Nesse sentido, práticas educativas desumanizadoras permeadas por rituais de humilhação

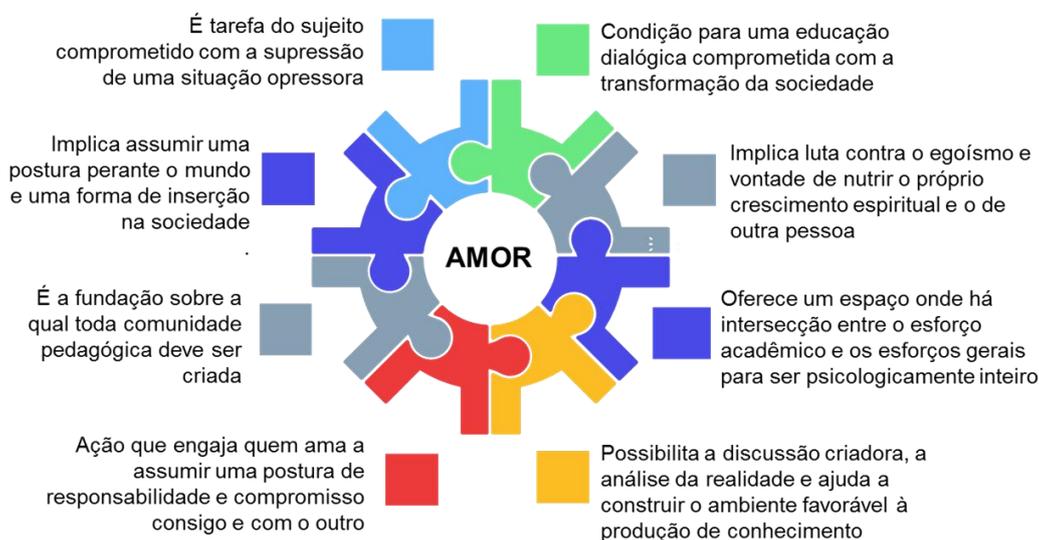
e dominação não nutrem o sentimento de pertencimento necessário para a manutenção da comunidade pedagógica, servindo apenas para aumentar a competitividade e a desumanização entre humanos:

Nas instituições onde ensinei, o modelo pedagógico prevalecente é autoritário, coercitivamente hierárquico e frequentemente dominador. Nele, a voz do professor é, sem dúvida, a transmissora “privilegiada” do conhecimento (Hooks, 2017, p. 115).

Assim, Bell Hooks (2021a, p. 55) nos convida a “pensar no amor como uma ação, em vez de um sentimento”, engajando quem ama a assumir uma postura de responsabilidade e compromisso consigo e com o outro. Segundo a autora, é preciso entender o amor como a vontade de nutrir o próprio crescimento espiritual e o de outra pessoa, sendo necessário misturar vários ingredientes – carinho, afeição, reconhecimento, respeito, compromisso, confiança, honestidade e comunicação aberta (Hooks, 2021a). Por conseguinte, comportamentos nocivos ou abusivos não podem ser considerados ações amorosas: “amor e abuso não podem coexistir. Abuso e negligência são, por definição, opostos ao cuidado” (Hooks, 2021a, p. 48).

Tanto para Freire quanto para Hooks (2021a) a sala de aula carente de emoção põe fim ao projeto de educação libertadora. As emoções fazem parte do humano: o emocionar-se quando se aprende algo novo, quando se escreve ou quando se lê pela primeira vez. É impossível falar em educação como prática da liberdade quando educandos e educadores são dominados pela racionalidade e forçosamente destituídos de suas emoções, de suas humanidades. Na prática pedagógica libertadora “o amor sempre nos moverá para longe da dominação em todas as suas formas. O amor sempre nos desafiará e nos transformará. É esse o cerne da questão” (Hooks, 2021a, p. 215).

FIGURA 9 – O amor na prática pedagógica



Fonte: Elaborado pela autora com base na leitura de Freire (2019; 2020) e Hooks (2021).

Nessa lógica, Freire (2002c) reconhece a educação como um ato de amor e, por conseguinte como um ato de coragem, tendo em vista que não teme a discussão criadora e a análise da realidade. Sobre o conceito de amorosidade na teoria educacional freireana, Dickmann *et al* (2017, p. 18) informam:

Paulo trabalhou muito o conceito de amorosidade, que se tornou um dos conceitos fundantes de sua teoria educacional-político-científica. Conceito, este, que abarca a afetividade e a engloba. A amorosidade é entendida, por ele, como uma necessidade por parte dos educadores no trato com os estudantes na sala de aula ou fora dela (aqui a afetividade é o ponto fundamental da amorosidade), amorosidade, por parte dos educadores, pelo ato de ensinar e amorosidade por parte dos educadores, pelo conteúdo que ensinam.

Na pedagogia freireana, o amor é fundamento do diálogo: “ama-se na medida em que se busca comunicação, integração a partir da comunicação com os demais” (Freire, 2020b, p. 36). Trata-se de um amor dialógico que convida o ser humano a assumir uma posição de luta e resistência contra todas as formas de manipulação e opressão. Nas palavras de Freire:

A educação libertadora opõe-se à dominação pela iluminação da realidade, mostrando o que ela realmente é – uma cultura de dominação na qual as pessoas têm o poder de enfrentar a manipulação. Isso estimula as pessoas a saberem o que é escondido de nós e de que modo nós cooperamos na negação da nossa própria liberdade. Uma aula libertadora também pode desvendar os limites da dominação numa sociedade em que o sistema parece invulnerável (Freire, 2013, p. 200 – 201).

Convém destacar, ainda, que a ação pedagógica amorosa é compatível com a competência técnico-científica exigida na prática docente, propiciando um ambiente favorável à produção de conhecimento:

A competência técnico-científica e o rigor de que o/a professor/a não deve abrir mão no desenvolvimento do seu trabalho não são incompatíveis com a amorosidade necessárias às relações educativas. Essa postura ajuda a construir o ambiente favorável à produção de conhecimento onde o medo do/a professor/a e o mito que se cria em torno da sua pessoa vai sendo desvelados. É preciso aprender a ser coerente. De nada adianta o discurso competente se a ação pedagógica é impermeável à mudança (Freire, 2019a, p. 12).

Nota-se que a sala de aula amorosa é um lugar onde educadores/as e educandos/as aprendem em parceria, onde a troca crítica pode acontecer sem subtrair a autoestima, a esperança e as humanidades dos envolvidos. Quando o amor é presença, o desejo de dominar e exercer poder não pode ser a ordem do dia (Hooks, 2021a); a humilhação, a dominação e o silenciamento não existirão em qualquer situação social em que prevaleça uma ética amorosa. De acordo com a autora:

Todas as relações de amor significativas empoderam cada pessoa envolvida na prática mútua de parceria. Entre professor e estudante, o amor torna o reconhecimento possível; ele oferece um espaço onde há intersecção entre o

esforço acadêmico e os esforços gerais para ser psicologicamente inteiro (Hooks, 2021b, p. 215).

Freire (2019a; 2019b), inspiração de hooks para uma prática libertadora de educação, traz à tona a reflexão sobre o processo ensino-aprendizagem e as tessituras afetivas em sala de aula. Na pedagogia libertadora freireana:

Percebemos que no cuidado amoroso freireano cada um tem o outro como sujeito de seu amor, sem que isso signifique apropriar-se do outro. É um amor sem imposições, um amor da esperança e da fé nos seres humanos. Trata-se, portanto, de um cuidado amoroso com significado afetivo pelo outro, mas também de comprometimento ético-político com o outro, que viabiliza o diálogo e a humanização no processo educacional (Oliveira et al 2024, p. 369).

Para o autor, importa que a educação ocorra em uma relação dialógica, respeitosa e de complementaridade entre a vivência do/a educando/a e a do/a educador/a; relação, essa, imbricada de afetividade, que oportunize uma educação envolta de um “amor profundo”, na qual o/a educador/a não se veja, nem se limite, como soberano no ato de ensinar e tenha a sensibilidade para perceber que “ensinando também se aprende”. É preciso humildade e tolerância para construir uma educação amorosa capaz de intervir no mundo em prol dos direitos que fortaleçam práticas pedagógicas libertadoras e inclusivas.

5.2. O diálogo freireano, por uma ação pedagógica humanizadora na formação médica

Olho aberto ouvido atento
É a cabeça no lugar
Cala a boca moço, cala a boca moço
Do canto da boca escorre
Metade do meu cantar
Cala a boca moço, cala a boca moço
Eis o lixo do meu canto
Que é permitido escutar
Cala a boca moço. Fala!
Olha o vazio nas almas
Olha um violeiro de alma vazia...
(Calabouço, canção de Sérgio Ricardo, de 1973).

Não foi à toa a opção pela canção de Sérgio Ricardo para tratar do diálogo. Esta canção foi inspirada na morte do estudante paraense Edson Luís de Lima Souto, durante um protesto no restaurante “Calabouço” no centro do Rio de Janeiro na época da ditadura militar no Brasil (Vannuchi, 2020).

É possível uma correlação entre o trecho “cala boca moço” e a prática educativa autoritária, esvaziada de diálogos, que insiste na produção de sujeitos acrílicos, “de almas

vazias” tão presente nos espaços de formação na área da saúde. Talvez a explicação resida na falta de experiência em regimes democráticos que consolidou a pedagogia tradicional – educação bancária – no Brasil, refletindo a sociedade opressora, sendo dimensão da cultura do silêncio (Freire, 2019c). Segundo Freire:

De um modo geral, os analistas de nossa formação histórico-cultural têm insistido direta ou indiretamente na nossa “inexperiência democrática”. Na ausência, no tipo de formação que tivemos, daquelas condições necessárias à criação de um comportamento participante que nos tivesse levado à feitura de nossa sociedade com “nossas próprias mãos”, o que caracteriza, para Tocqueville, a essência da própria democracia (Freire, 2020c, p.90).

De acordo com Freire (2017), por medo, alguns educadores tendem a racionalizar o diálogo e enfatizam a inviabilidade e a perda de tempo que envolve a ação educativa dialógica; preferem atuar como “distribuidores” do saber erudito.

Não é de estranhar, pois, que nesta visão “bancária” da educação, os homens sejam vistos como seres da adaptação, do ajustamento. Quanto mais se exercitem os educandos no arquivamento dos depósitos que lhes são feitos, tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria a sua inserção no mundo, como transformadores dele. Como sujeitos (Freire, 2019c, p. 83).

Castro, Vilar e Oliveira (2016, p. 151) no livro “As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde, publicado em 2016, afirmam que com a adoção do conceito ampliado de saúde e a criação do SUS estava posto um dos maiores desafios da reforma sanitária brasileira:

Preparar profissionais para o cuidado integral e generalista, atentando que a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil tem perpetuado modelos essencialmente conservadores de conhecimentos fragmentados, centrados na doença, pautado em especialidades que supervaloriza procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Com o surgimento do SUS, abriu-se um caminho para pensar a necessidade de uma ação educativa de caráter “humanista e libertador” (Freire, 2017), atentando que a formação essencial para a atuação na saúde pública, não pensa apenas no “ser profissional”, mas no “ser sujeito histórico”, cidadão que se implica nos processos sociais vivenciados (Haddad et al, 2008). A formação deve provocar uma tomada de consciência pelo sujeito, que é ao mesmo tempo trabalhador e usuário do SUS, e ser um convite ético-político para efetivação do direito à saúde no Brasil, que obrigatoriamente perpassa pela práxis pedagógica dialógica para a construção de um SUS igualitário e universal. Desta forma, cuidar significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos. Cuidar do outro é zelar pelo diálogo, sendo a ação dialógica libertadora (Boff, 2014).

Nessa perspectiva, a teoria do diálogo em Paulo Freire é uma proposta pedagógica e tem a marca de uma atividade política, parte do conhecimento da realidade, do conhecimento do mundo, que parte de uma conscientização e provoca ações de transformação (Bentes; Mercês; Loureiro, 2020). “A sua pedagogia tem no diálogo uma das principais categorias, que está relacionada ao ato humano de conhecer o mundo e de educar-se” (Oliveira; Oliveira; Matos, 2020, p. 20).

Na prática educativa dialógica as relações são horizontais, onde educador e educando ensinam e aprendem; e se assumem enquanto sujeitos históricos e políticos, que dialogam para conhecer e humanizar-se, conforme proposto por Freire na “Teoria da Ação Dialógica”, exemplificada na figura a seguir.

FIGURA 10 – Teoria da ação dialógica de Paulo Freire

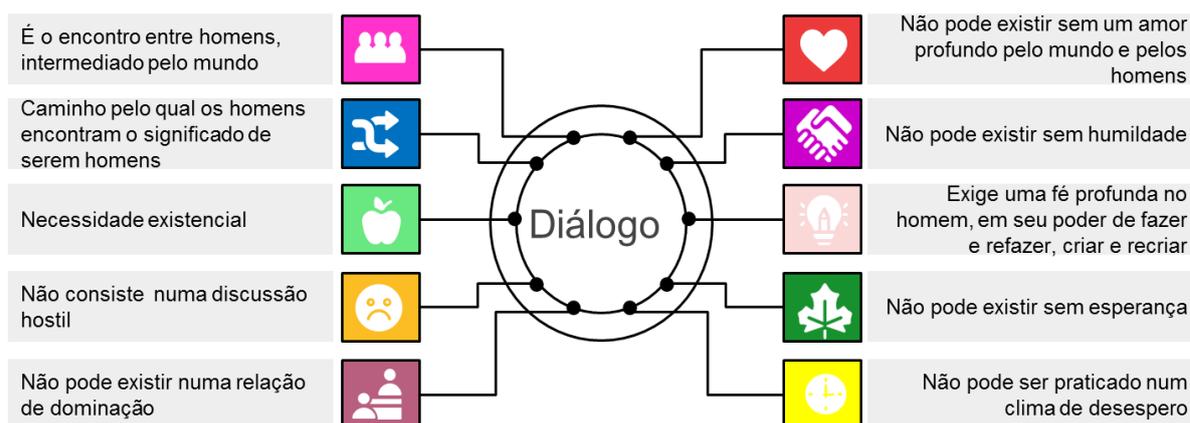


Fonte: Adaptado pela autora, com base na leitura de Oliveira, Oliveira e Matos (2020, p.51).

Partindo da “Teoria da Ação Dialógica”, educadores (educadoras) e preceptores (preceptoras) que atuam na formação de futuros profissionais de saúde precisam ensinar novas posturas perante o mundo, assumindo a prática educativa enquanto dimensão social da formação humana. Neste sentido, ensinar exige disponibilidade para o diálogo (Freire, 2017). E de que diálogo trata Freire?

No livro “Extensão ou comunicação”, Freire (2017, p.51) define o diálogo como o “encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o pronunciam, isto é, o transformam, e transformando-o, o humanizam para a humanização de todos”. O diálogo “freireano” é uma necessidade existencial, que não pode existir numa relação de dominação e pressupõe humildade, esperança e amor, conforme destaca-se na figura a seguir.

FIGURA 11 – O diálogo em Paulo Freire



Fonte: Elaborado pela autora com base na leitura de Freire (2016).

No projeto político-pedagógico libertador:

Freire (2019a; 2019b; 2015) desenvolve uma educação libertadora eticamente comprometida com o Ser humano substantivado. Por isso mesmo, uma educação do cuidado, que se realiza por meio e a partir do diálogo, assume dimensões metodológicas, políticas e existenciais, a saber: a) diálogo que permite a comunicação entre os sujeitos do conhecimento; b) diálogo que garante a todas as pessoas o direito de pronunciar a palavra; c) diálogo que proporciona a interação entre os saberes; d) diálogo que assegura o encontro entre as diferenças, mas estas não resvalam para as desigualdades; e) diálogo que favorece a plena realização do Ser humano, a partir da problematização individual e/ou coletiva de situações existenciais, sociais, culturais, geracionais, entre outras, e; f) diálogo que mobiliza o ser humano para a tomada de consciência e, por conseguinte, para o exercício da autonomia (Oliveira et al, 2024, p. 366).

Cabe enfatizar que o diálogo proposto por Freire não é um diálogo ingênuo, pelo contrário é crítico e problematizador, construído em relações horizontais, enraizadas na alteridade, na humanização e na libertação coletiva (Oliveira; Oliveira; Matos, 2020). Nas palavras de Paulo Freire (2017, p. 70):

O diálogo e a problematização não adormecem a ninguém, conscientizam. Na dialogicidade, na problematização, educador – educando e educando – educador vão ambos desenvolvendo uma postura crítica da qual resulta a percepção de que este conjunto de saber se encontra em interação. Saber que reflete o mundo e os homens, no mundo e com ele, explicando o mundo, mas sobretudo, tendo de justificar-se na sua transformação.

Portanto, “o diálogo possibilita a escuta e a comunicação com o outro, bem como ações éticas de solidariedade, de respeito ao outro diferente” (Oliveira; Oliveira; Matos, 2020, p.55) tão urgentes nos espaços de formação em saúde. E qual o caminho para recuperar a dimensão humanizadora da ação pedagógica em saúde?

Talvez o caminho resida em assumir o diálogo como princípio da construção da ação pedagógica humanizadora na formação (Oliveira; Oliveira; Matos, 2020) e simultaneamente criar contextos dialógicos que permitam transitar em relações de alteridade mediadas por estratégias didático – pedagógicas que integrem ensino – serviço – comunidade e que articulem os sujeitos em processos de cooperação crítica e criativa (Fleuri, 2020).

5.3. Alteridade na relação ensino-aprendizagem

Vou mostrando como sou
E vou sendo como posso
Jogando meu corpo no mundo
Andando por todos os cantos
E pela lei natural dos encontros
Eu deixo e recebo um tanto
E passo aos olhos nus
Ou vestidos de lunetas
Passado, presente
Participo sendo o mistério do planeta...
(Mistério do planeta, canção dos Novos Baianos, de 1972).

Poeticamente os Novos baianos conseguiram traduzir o princípio da Alteridade, ou seja, descreveram a experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como um outro sujeito co-presente no mundo das relações intersubjetivas (Brasil, 2008).

Na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) alcançamos avanços, acompanhamos o surgimento de novas questões, mas também vemos problemas e desafios que persistem, como por exemplo, a prática do cuidado centrado na doença e não no sujeito. No cuidado em saúde o respeito e o acolhimento à diferença são importantes componentes éticos para a construção de um cuidado que se proponha a potencializar a vida e as relações humanas (Brasil, 2010). Nessa perspectiva:

Cada sujeito possui uma história singular que é marcada por trajetos únicos, compostos por perdas, conquistas e escolhas – profissionais, religiosas, políticas, etc., no entanto, essa singularidade está inserida no mundo. Estamos todos vivendo em extensas e complexas teias de relações sociais que se encontram em constante movimento. Isso nos faz estar, igualmente, em permanentes processos de redefinições, diante de novas escolhas e novas produções individuais e coletivas (Brasil, 2010, p. 23).

O Dicionário da Educação Profissional em Saúde (Fiocruz, 2014) define o ‘Cuidado em saúde’ não apenas como um nível de atenção do sistema de saúde ou um

procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser’.

Pensar o direito de ser na saúde é ter ‘cuidado’ com as diferenças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas. Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada (Fiocruz, 2014, sem página).

Observa-se que o cuidado deve ser, portanto, um acontecimento produzido no encontro de sujeitos. Sujeitos potentes, desejantes, que precisam pactuar o cuidado garantindo a singularização do ato. Para tanto, faz-se necessário: captar a fala, escutar, dialogar, observar os espaços em que transita o usuário e identificar as relações estabelecidas.

Para Souza e Abrahão (2006, p. 64) o cuidado com a vida significa necessariamente: “um cuidado com a alma, ou um olhar atento ao que há de singular na história de vida de cada um, na tentativa de abrir espaço para que o “estrangeiro” ganhe expressão na consciência dentro do espaço terapêutico”.

Introduzir no sistema de saúde novas racionalidades, como o princípio da integralidade, pressupõe que o profissional de saúde mude sua prática ao desenvolver um olhar novo para o doente, para o colega de trabalho e para si mesmo, com vistas a ir além da realização de atos formais. Também, pressupõe instituir espaços de encontros e de trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração entre os profissionais (Pirolo; Ferraz; Gomes, 2011 p. 1397).

Constata-se, portanto, que o princípio da Alteridade está enraizado no trabalho em saúde, nas relações de cuidado e, por conseguinte, na formação em saúde na medida que se institui o princípio da integralidade do cuidado, presumindo um olhar para as questões que envolvem o afetivo, o biológico, o espiritual, o sociocultural, entre outras de cada ser humano para quem o cuidado é dirigido (Aguiar, 2015).

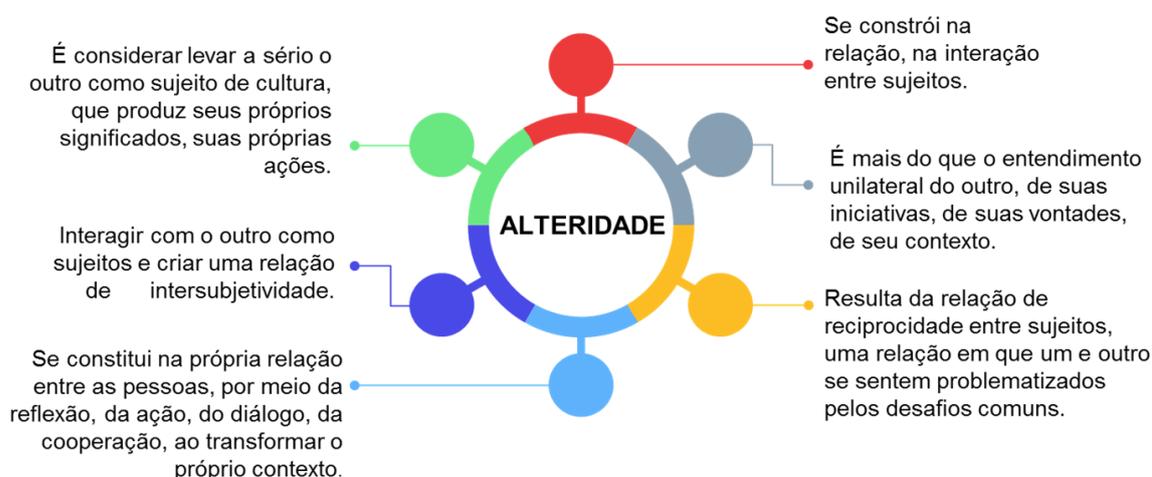
Ao discorrer sobre sua experiência como preceptor em um programa de residência em saúde, Medeiros (2016, p. 262-263) admite que:

Desafortunadamente, mesmo quando se aceita, ou se intui, que os elementos singulares da subjetividade do Residente tenham efeitos em seu aproveitamento nas atividades curriculares, nenhum dos dispositivos produzidos no contexto do discurso universitário – sem a torção – pode acolhê-los. Toda tentativa de dar tratamento e consideração às emergências do sujeito no contexto das formações do discurso universitário é frustrada, por não haver espaço para os modos de proceder ao ensino e à avaliação que não se suponham aplicados rigorosa e indiscriminadamente a todos. O tratamento aos sujeitos daquele discurso não considera o singular e, por conseguinte, sempre o faz de modo burocrático.

Fleuri (2020) refere que a aprendizagem é um processo interativo e contextual, onde cada um, educador – educando, constitui sua singularidade em contextos interativos. Segundo o autor:

Conhecer é transformar o mundo, uma vez que o conhecimento se constrói como relação entre sujeitos que dialogam e cooperam para entender seu contexto, para formular os seus desafios, para decidir e sustentar propostas de ação conjunta. Portanto, alteridade é mais do que o entendimento unilateral do outro, de suas iniciativas, de suas vontades, de seu contexto. A alteridade resulta da relação de reciprocidade entre sujeitos, uma relação em que um e outro se sentem problematizados pelos desafios comuns do próprio contexto em que vivem. E mediante o diálogo e a cooperação, os sujeitos vão se constituindo, nas suas singularidades pessoais e nas suas identidades coletivas (Fleuri, 2020, p. 252).

FIGURA 12 – Alteridade na prática educativa e no cuidado em saúde



Fonte: Elaborado pela autora com base na leitura de Fleuri (2020).

Bentes, Mercês e Loureiro (2020), ao analisar a Alteridade a partir dos pressupostos filosóficos de Mikhail Bathkin, afirmam que:

O EU é um terreno diferente do OUTRO, e que ao cruzar esse terreno por meio da palavra, acontece uma tensão entre o EU e o OUTRO, pois ambos têm sua individualidade e diferenças, e quando entram em contato, causam a tensão que gera a relação de alteridade, por isso que cada relação terá características próprias, podem ser conflituosas ou não, mas deixam suas marcas tanto no EU como no OUTRO, dessa experiência única e irrepetível ambos saem sempre modificados, o EU não deixa de existir, mas agrega o que experimentou na luta dialógica (Bentes, Mercês; Loureiro; 2020, p. 22 – 23).

Nas relações de alteridade, sujeitos entram em situações dialógicas no contexto vivido e saem modificados, ou parafraseando os Novos Baianos, deixam e recebem um

tanto. “Anunciar o Outro como alteridade por meio do diálogo e escuta é promover-se, dialeticamente e ontologicamente, para que ambos se encontrem, libertando-se e humanizando-se no processo de escuta e reconhecimento” (Bentes, Mercês; Loureiro, 2020, 23).

Habowski, Conte e Pugens (2018, p. 190), ao analisar a perspectiva da alteridade na educação, asseveram que:

Nos processos educativos, muitas vezes, sabotamos e aniquilamos os espaços de interdependência humana que conduzem à emancipação, em nome de um ensino homogeneizador, hierarquizado, dicotômico e abstraído do contexto vital, causando insensibilização e frieza diante das diferenças e das deficiências do outro. Esse fenômeno precisa ser revisado, especialmente para romper com os tabus sociais, como é o caso das exclusões econômicas, das desigualdades de gênero e de preconceitos que são historicamente perpetuados. As diferenças estão presentes na escola, pois é um espaço de interação e de convívio social, onde as pessoas se mostram, se (re) conhecem, e porque, obviamente, é um espaço de alteridades, justamente para a construção de identidades, de renovação da tradição cultural e de construção de aprendizagem.

No livro “Pedagogia da Autonomia”, Freire (2019a) afirma que ensinar exige respeito à autonomia do educando. Segundo ele, o educador deve estar constantemente advertido com relação a este respeito que implica igualmente o que devo ter por mim mesmo. Destarte, a principal tarefa do educador é a de oferecer elementos para que todos possam construir suas singularidades e se reconhecer nas singularidades e nas alteridades dos outros (Bentes; Mercês; Loureiro, 2020).

Ao ensinar preciso estabelecer um diálogo. Isso significa que educador e educando precisam aprender. Cada pessoa, cada grupo social precisa descobrir a seu modo, as dimensões e possibilidades da realidade. Nesse processo, se valoriza o saber de todos. O conteúdo técnico é composto por tecnologias historicamente e culturalmente definidas. Todavia na ação, o educador e o educando precisam redimensionar o próprio saber, para transitar em relações de alteridades sociais e culturais.

Deste modo, a prática educativa na residência médica deve ter como princípio a alteridade pois “olhar para o outro assume importância basilar para o processo de construção do conhecimento, uma vez que dar voz ao outro significa aprender com ele, contribuindo com a formação e o desenvolvimento humanizados” (Habowski; Conte; Pugens, 2018, p. 190).

5.4. A conscientização na prática educativa, por um encontro de sujeitos

Senhor cidadão
Senhor cidadão
Eu e você
Eu e você
Temos coisas até parecidas
Parecidas
Por exemplo, nossos dentes
Senhor cidadão
Da mesma cor, do mesmo barro
Senhor cidadão
Enquanto os meus guardam sorrisos
Senhor cidadão
Os teus não sabem senão morder
Que vida amarga
(Senhor cidadão, canção de Tom Zé, de 1972).

No trecho em destaque, Tom Zé problematiza a realidade ao questionar: senhor cidadão, por que meus dentes guardam sorrisos enquanto os teus só sabem morder?

O diálogo problematizador conformado em canção pelo artista, tem como ponto de partida o próprio ser humano, na relação ser humano – mundo, que constitui a situação dentro da qual eles estão imersos, da qual emergem e na qual intervêm.

É apenas partindo dessa situação – o que determina a percepção que eles têm disso – que eles podem começar a agir. Para fazê-lo de maneira autêntica, eles não devem perceber o estado em que se encontram como inevitável e imutável, mas apenas como algo que os limita e, portanto, desafia (Freire, 2016, p. 134 – 135).

Seguindo essa lógica o trabalho humanizador não poderá ser outro que não o de desmistificação. Por isso mesmo, a conscientização é a abordagem da realidade mais crítica possível, desvelando-a para conhece-la, e para conhecer os mitos que enganam e ajudam a manter a realidade da estrutura dominante. “A conscientização é isto: aposar-se da realidade, por essa razão e por causa do enraizamento utópico que a informa, é um rompimento da realidade. A conscientização produz a desmistificação” (Freire, 2016, p. 60).

Nesse sentido, a conscientização tão necessária à libertação dos seres humanos e, por conseguinte, transformadora da realidade à medida que re-humaniza os seres humanos entre si no/com o mundo, inaugura no projeto político pedagógico freireano, o que Dickmann e Dickmann (2020, p. 132) denominam como Pedagogia da Conscientização, que tem como características:

Ser contra a cientização, a absolutização do saber científico em detrimento das outras formas de saber, da diversidade das maneiras de produzir outros

conhecimentos, produção de novas consciências a partir da leitura de mundo, no vos-outros saberes-poderes.

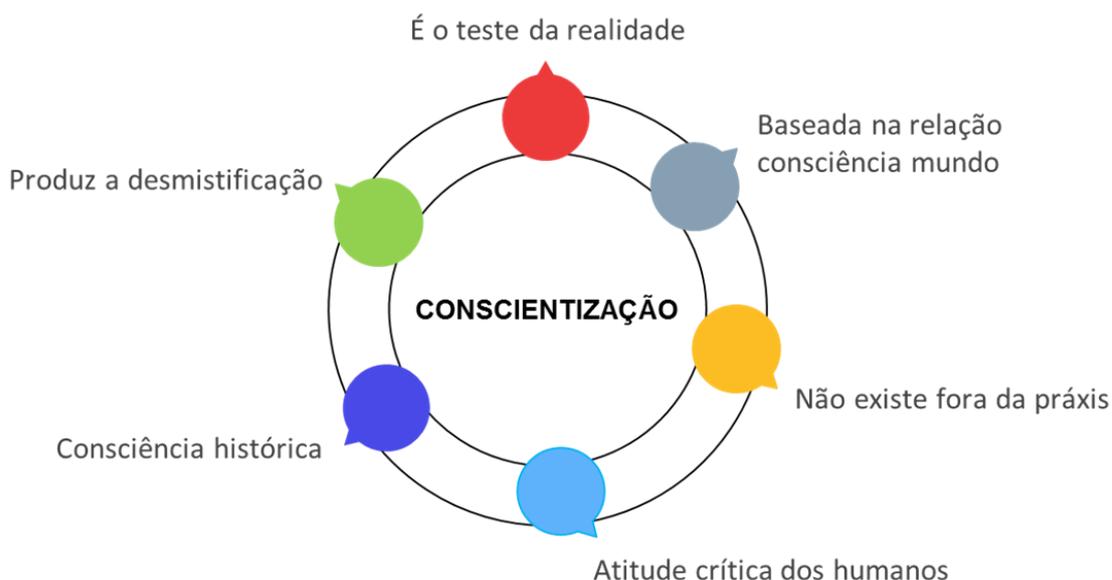
Na educação freireana, a conscientização implica que se passe da esfera espontânea de apreensão da realidade para uma esfera crítica, na qual a realidade se oferece como objeto cognoscível e na qual o ser humano assume um posicionamento epistemológico (Freire, 2016). Desta forma a conscientização não existe fora da práxis (ação – reflexão), pois ao passo que problematiza a realidade em que se situa no/com o mundo, o ser humano se faz sujeito no processo de desmistificação da realidade, compreendendo o contexto cultural, social, histórico e econômico no qual é presença:

É mediante reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto, que o homem se torna sujeito. Quanto mais refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais ele “emergirá”, plenamente consciente, engajado, pronto a intervir sobre e na realidade, a fim de mudá-la. Uma educação assim – cuja finalidade seja desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica em virtude da qual o homem escolhe e decide – liberta o homem, em vez de subjugá-lo, domesticá-lo, colocá-lo de acordo, como faz amiúde a educação que vigora em grande número de nações do mundo, visando ajustar o indivíduo à sociedade, bem mais do que a promovê-lo em sua própria trajetória (Freire, 2016, p. 68).

Na prática educativa em saúde, o princípio freireano da conscientização pressupõe que educandas/os e educadoras/es pronunciem a palavra, por meio do diálogo horizontalizado e das atividades de pesquisa, de leitura e de escrita, tendo como motivações a realidade cotidiana do cuidado em saúde, a linguagem habitual e as condições de vida dos atores sociais envolvidos na gestão, na educação e na assistência à saúde no SUS: gestoras/es, profissionais de saúde, graduandas/os, residentes, usuárias/os do sistema de saúde, docentes, preceptoras/es (Oliveira; Santos, 2022).

Afirma-se, portanto, que em Paulo Freire, a educação implica uma atitude ética e política, onde os sujeitos envolvidos no processo se redescobrem com sujeitos históricos, dando sentido para a sua existência, reconstruindo o seu destino, pois no pensamento deste educador, a concepção de ética esta inter-relacionada com a conscientização e, por conseguinte, com a consciência da libertação (Oliveira; Santos, 2022, p. 83-84).

FIGURA 13 – A conscientização em Paulo Freire



Fonte: Elaborado pela autora a partir da leitura de Freire 2016.

O princípio da Conscientização na prática educativa em saúde diz respeito à apreensão da realidade sanitária Brasileira e as dificuldades na efetivação do direito à saúde no Brasil. Conscientizar na formação em saúde pressupõe:

- Consciência histórica sobre o processo de construção da saúde no Brasil (Como era a saúde no Brasil antes do SUS?);
- Desmistificação do Sistema Único de Saúde (A quem interessa a ineficácia do sistema?);
- Inserção crítica no território (De que adoecem os munícipes?);
- Compreensão crítica de seus direitos e deveres de cidadão ou cidadã (De que forma eu exerço o controle social?);
- Problematização da realidade sanitária brasileira (Porquê a doenças erradicadas na década de 80, como por exemplo o sarampo, ressurgem?);
- Práxis (ação – reflexão) sobre o processo de trabalho em saúde e sobre o cuidado (Como é feito o acolhimento do usuário ao entrar na Unidade de Saúde?);
- Integração ensino – serviço – comunidade (Será que a formação considera a necessidade de saúde da população na proposição dos currículos?);
- Articulação teoria – prática (Como os princípios e diretrizes do SUS se efetivam na prática?);

- Exercício pleno da capacidade de comparar, de ajudar de escolher, de decidir, de romper (Domino a técnica, mas será que devo utilizar?)
- Compreensão do futuro enquanto possibilidade (o SUS não está sendo efetivo mas pode vir – a – ser?).

Nesse contexto, a educação problematizadora pautada na conscientização tem como fundamento a criatividade e estimula uma ação e reflexão verdadeira sobre a realidade, respondendo assim à vocação dos seres humanos, que só são seres autênticos quando estão engajados na busca e transformação criadoras. Para sintetizar: “a teoria e a prática críticas tomam a historicidade do homem [e da mulher] como ponto de partida” (Freire, 2016, p. 133).

A esperança, a curiosidade e a motivação para a ação, bem como a leitura crítica da realidade, não são ensinadas, no sentido clássico de um conjunto de conteúdos transmitidos do educador para um educando. O investimento em formação na saúde reclama muito mais que isso: requer o compromisso coletivo com as possibilidades de mudança e as mudanças, além da abertura a projetos coletivos (Paro; Ventura; Silva, 2020, p. 17).

Na formação em saúde, um dos desafios postos à educadores (as) e educandos (as) é a articulação teórica – prática com a realidade dos territórios. Ao abordar especificamente à prática educativa nas residências em saúde, Medeiros (2016, p.22) anuncia que:

O princípio da prática clínica especializada que sustenta a proposta de formação em situação de Residência parece ter sido atravessado e paulatinamente organizado pelo discurso da formação acadêmica. Não obstante, é esse mesmo discurso que há mais de quarenta anos parece ter provocado protestos por parte dos alunos universitários a respeito de sua insuficiência para a formação e sua desarticulação com a realidade.

Ao tratar especificamente das residências em saúde, Ceccim et al (2018, p. 34) advertem que a ideia de se criar residências em saúde, aparece junto ao processo de Reforma Sanitária, na luta contra uma formação acadêmica fragmentada e inadequada dos profissionais, embasada somente na origem biológica das doenças.

Medeiros (2016) denuncia a insuficiência de condições concretas para uma prática educativa libertadora na saúde ao ressaltar a desarticulação entre teoria e prática tão comum na formação em serviço, especificamente nas residências em saúde. Ações educativas que não problematizam a realidade, o processo de construção do SUS e a efetivação do direito à saúde, caracterizam puro treinamento técnico – profissional e são incompatíveis com uma educação crítica e orientada para a formação de profissionais no

e para o SUS, tal como anunciadas com a criação das residências. Na proposta de formação em saúde preconizada a partir da reforma sanitária brasileira, não deve existir dicotomia entre “a capacitação técnico – científica do educando dos conhecimentos necessários ao exercício de sua cidadania” (Freire, 2019, p.108).

Ao analisar a formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo para o SUS, Moretti-Pires e Bueno (2009, p.442) afirmam que:

Conforme o universo conceitual freireano, não se aprende democracia, se não se exerce democracia. Não se aprende cidadania, se não se exerce cidadania. E não se aprenderá o exercício profissional que prime pelos princípios do SUS e pelo processo de trabalho intersetorial e multiprofissional se, no âmbito privilegiado da formação universitária, o futuro enfermeiro, o futuro médico e o futuro odontólogo não exercerem cada etapa da formação universitária de forma consonante com estes princípios e junto às demais formações.

A dificuldade de refletir criticamente sobre seu papel enquanto profissional de saúde e usuário do SUS, na efetivação do direito à saúde bem como proposição de ações educativas embasadas na problematização das práticas do cuidado em saúde tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas são entraves que se estendem da graduação às residências em saúde.

Em um campo tão impregnado pela dimensão técnica do trabalho, a formação na saúde impõe desafios para além de conteúdos e de bancos escolares. A universidade pública pode ser um espaço privilegiado de formação, mas ela tem simplesmente reproduzido o *status quo*, uma vez que, por exemplo, suspende estágios em unidades de saúde em locais violentos, somente com a justificativa da segurança dos estudantes, sem problematizar a própria violência (Paro; Ventura; Silva, 2020, p. 17).

Gomes e Rego (2014) esclarecem que as universidades atravessam um dilema entre o atendimento às exigências de um mercado competitivo, na lógica do capitalismo tardio e das sociedades de controle, ou a atenção à demanda de uma educação emancipadora e humanizadora. Soma-se a isso, segundo os autores, no caso específico dos (as) docentes do curso de Medicina ou ainda dos médicos e das médicas que são docentes nestes cursos, têm limitações quanto à sua formação didático-pedagógica e não estão habituados em sua prática com a articulação dos saberes de forma complexa e interdisciplinar.

A complexidade inerente à formação do profissional de saúde na contemporaneidade demanda pensar o currículo como um território político, construído entre as contradições histórico-culturais, resultante de um processo coletivo de ação-reflexão-ação, e por isso impregnado de valores, ideologias, jogos de poder e permanente tensionamentos entre os sujeitos (Bôas; Daltro; Garcia; Menezes; 2017, p. 174).

Para Freire (2020b, p. 46) a prática educativa, reconhecendo-se como prática política, se recusa a deixar-se aprisionar na estreiteza burocrática de procedimentos técnicos, ou seja, “nós professores não ensinamos apenas os conteúdos. Através do ensino deles, ensinamos a pensar criticamente”. Na prática educativa crítica e dialógica, a problematização do cotidiano possibilitará confrontar e validar informações científicas, engajando-os enquanto cidadãos, detentores de um saber gerador de transformações.

É neste sentido, que a necessária formação técnico – científica dos educandos por que se bate a pedagogia crítica não tem nada a ver com estreiteza tecnicista e cientificista que caracteriza o mero treinamento. Por isso que o educador progressista, capaz e sério, não apenas deve ensinar muito bem a sua disciplina, mas desafiar o educando a pensar criticamente a realidade social, política e histórica em que é uma presença (Freire, 2019c, p. 48 – 49).

Decorridos trinta e dois anos da criação do SUS, a questão da formação ainda persiste como um problema para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Apesar da expectativa gerada pela responsabilidade constitucional de ordenar a formação na área da saúde, o SUS caminha timidamente na instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas).

Como vimos, o processo de ensino – aprendizagem na área da saúde permanece centrado na visão reducionista da saúde e da doença, no modelo hospitalocêntrico, no ensino de técnicas e repasse de informações, na prática profissional individualizada e na desarticulação teórico prática. Nesse contexto, os profissionais da área da saúde continuam sendo formados de maneira disciplinar e setorial para um SUS interprofissional e interdisciplinar.

A lógica universitária dos departamentos e dos estágios fragmentados – centrados em áreas de conhecimento e não no usuário, contribuem para a precarização de um sistema que diariamente é ameaçado pela lógica do mercado. Por outro lado, o trabalho e o cuidado, em saúde seguem baseados na tecnologia médica e regidos por forças de mercado e forças políticas, em oposição às práticas interprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais fundamentadas na solidariedade e em relações sociais mais humanas. Desta forma, a redução do SUS à um simples ordenamento jurídico sem a apreensão da totalidade do sistema público de saúde, dificulta a operacionalização do sistema, a consolidação das redes de atenção à saúde e a integralidade do cuidado, seja pelos profissionais que estão ou que atuarão na área da saúde.

Para consolidação da reforma sanitária brasileira e do SUS, os sistemas de ensino e de saúde precisam instituir relações dialógicas que integrem ensino – serviço – comunidade e que articulem os sujeitos em processos de cooperação técnica, crítica e criativa. Dito isto, conceitos como diálogo, alteridade e conscientização precisam fundamentar as práticas educativas na área da saúde.

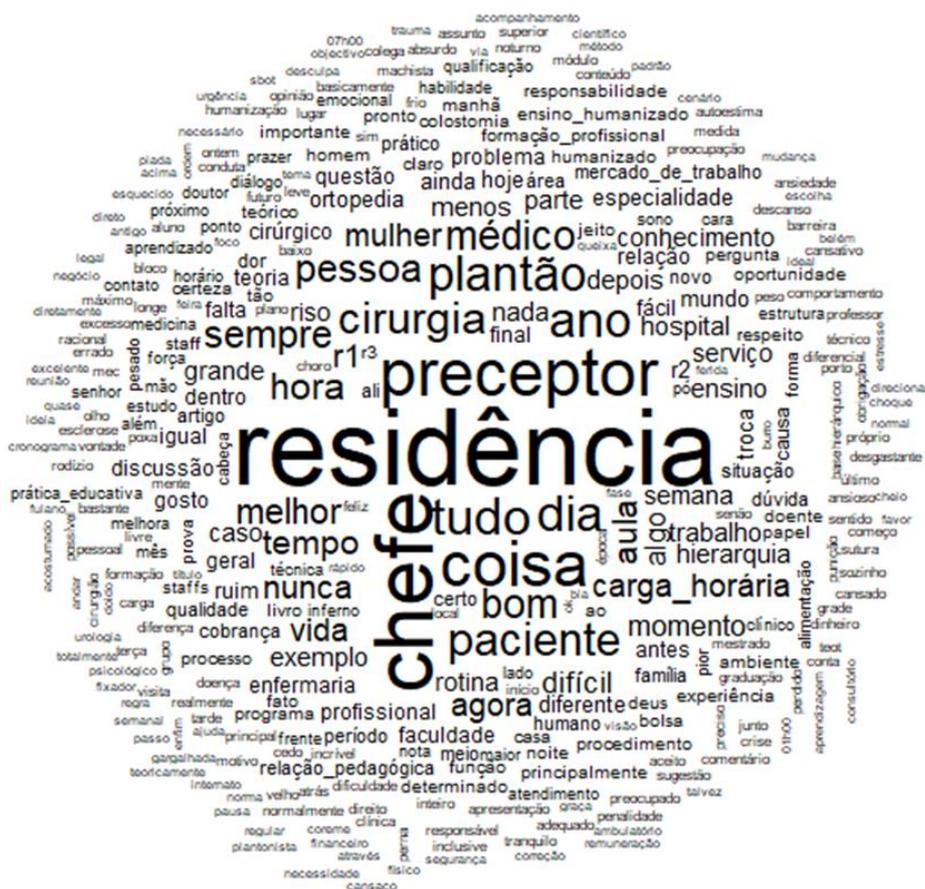
Nessa perspectiva, a pedagogia de Paulo Freire põe em discussão a lógica da relação pedagógica que não tem a ver apenas com sistema educacional brasileiro, mas com relações de poder que emergem na sociedade. Aproximar a educação na saúde dos pressupostos pedagógicos de Paulo Freire servirá para pensar abertamente os sentidos políticos que se afirmam ao ensinar e aprender, ao gerir e cuidar advindos da criação do SUS.

6. O ENSINO NA RESIDÊNCIA MÉDICA: O QUE A NUVEM DE PALAVRAS, A CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE E AS NARRATIVAS DOS SUJEITOS REVELA?

6.1. A Nuvem de Palavras

Para compor a análise da Nuvem de Palavras, foi adotado como ponto de corte a frequência média de formas ativas (palavras distintas) do *corpus*. Diante disso, a imagem gráfica (Figura 14) apresenta um panorama do conteúdo das entrevistas, e teve como palavras mais evocadas “Residência” ($f=137$), “Chefe” ($f=102$), “Preceptor” ($f=78$), “Coisa” ($f=75$), “Plantão” ($f=53$) e “Paciente” ($f=52$). Para melhor compreensão, serão abordados os quatro termos mais evocados: “residência”, “chefe”, “preceptor” e “coisa”.

FIGURA 14 – Nuvem de Palavras



Fonte: Análise de dados gerada a partir do software IRaMuteQ (2023).

6.1.1. Residência

A palavra residência surge com frequência nas narrativas numa tentativa de descrever o processo de formação vivenciado; experiências diversas comunicam dores, desrespeito, falta de compromisso, de ética, de diálogo. Constituem em denúncias dirigidas à falta de estruturação, principalmente no que diz respeito ao quantitativo de preceptores, transferência de responsabilidades da equipe médica da instituição para as/os residentes e a não observância institucional no que tange à qualificação da equipe médica para o acompanhamento didático-pedagógico das/os residentes. A preocupação com o aprendizado é incipiente e o que está em jogo é a capacidade da/o residente em assumir às demandas institucionais, de responsabilidade da equipe médica contratada para tal. Assim, as/os residentes são condicionadas/os à execução de tarefas sem convite à reflexão e sem leitura teórica:

*Eu acho que a **residência** é um grande, eu digo que ela é um grande termostato da nossa vida. Foi a maior prova que eu tive na minha vida até hoje entrar nessa **residência** aqui. Porque você tem que ter uma paciência, porque normalmente você vai precisar ouvir este povo e engolir a seco e você vai precisar cumprir normas (RM 04, sexo masculino). Grifo nosso.*

*Nossa, eu aprendi a lidar com gente escrota. Eu acho que a **residência** me mostra que a minha vida toda eu vou ter que trabalhar com gente ruim, porque se tem um meio que tem gente ruim, é médico. Tem gente muito ruim. Então eu acho, que a **residência** além de me dar a minha especialidade, está me mostrando como lidar com esse tipo de pessoa também, mostrando o que eu não quero ser, como é que eu não quero lidar com meus pacientes, como é que eu não quero lidar no meu trabalho. Então tem muito exemplo do que não ser aqui dentro. Mas a **residência** é um inferno que eu adoro (RM 06, sexo feminino). Grifo nosso.*

*Na minha opinião um bom programa de **residência** é aquele que não depende do residente, sabe. É aquele que ah todos os residentes estão dentro do avião e o avião caiu, acabou, não tem residente mais e o serviço vai continuar do jeito que tá, entendeu? Então, mas a maioria dos programas de **residência**, isso é no Brasil inteiro, depende cem por cento do residente. Então, por isso que se torna muitas vezes “tocação” de serviço, porque tu deixas de estudar alguma coisa, ou assistir alguma aula, fazer um procedimento, entrar numa cirurgia, por exemplo, porque tem que ter um papel para preencher, tem que sabe, tem essas situações. **Residências** que independentemente do residente ela funcionam, hospitais que independentemente do residente funcionam, acaba que o residente tira mais proveito, ele está lá para somar, tem uma pessoa lá toda hora com ele orientando. Então eu acho, eu na minha opinião, isso seria o ideal mas não acontece. Não acontece na maioria das **residências** (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso*

Para as/os participantes RM 04, RM 05 e RM 06, a residência médica cumpre uma função de deformação da futura força de trabalho especializada. O funcionamento institucional depende em grande monta da mão-de-obra das/os residentes, que passam a

ser “tocadores” de serviço. Não existe preocupação ético-pedagógica com a formação. Percebida por *RM 06*, como um “inferno”, a residência não cumpre a tarefa educativa de formar para a conscientização, um processo que pressupõe ética, compromisso, práxis, diálogo, amorosidade e alteridade. Trata-se de um lugar “*com gente ruim*”, sem escuta, que detém a fala, que impõe normas, indivíduos opressores que desafiam a paciência e a resiliência das/os residentes no cotidiano do cuidado em saúde. Se no “inferno” existe normalização do sofrimento, a ordem do dia é desumanizar. Verifica-se um processo de educação forjado para a dominação, para a colonização dos corpos, das mentes e das subjetividades. Não há, por enquanto, um bom exemplo de profissional a seguir. As lições percebidas pelas/os residentes, limitam-se aos exemplos de profissionais que não devem ser seguidos.

O comportamento da “gente ruim”, como definido por *RM 06*, explicita a estética do processo formativo da residência médica hoje: opressão, hierarquização, comparação, exclusão, submissão, silenciamento, punição, vigilância, transferência de conhecimentos, obediência, humilhações, privações, sofrimento e jogos de poder. Esta estética associada a ética, não reflete a boniteza freireana. Oliveira (2021) explica que a boniteza em Freire está vinculada a um significado moral, na perspectiva de uma atitude certa, moralmente correta. Envolve atitudes éticas de respeito ao outro e pela luta pelos direitos sociais, entre os quais a educação, bem como pela supressão das desigualdades e diferentes formas de opressões, estando relacionadas à necessidade da criticidade, da ciência e da politicidade. A boniteza em Freire (2019, p.33-34) “deve achar-se de mãos dadas com a decência e com a seriedade” (Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa)

Para Freire (2009, p.32)

a educação é, em si, uma experiência da beleza. Porque a educação tem a ver com formação e não com treinamento. A educação vai além da mera transferência de técnicas. Eu vejo como perigosa a possibilidade da educação se reduzir a técnicas, se transformar meramente em técnica, em uma prática que perde de vista a questão do sonhar, a questão da boniteza, a questão de ser, a questão da ética. (Pedagogia da solidariedade. Indaiatuba: Villa dasLetras, 2009, p.32).

Nessa estética, a “gente ruim” é por natureza, composta por educadores desatentos ao aspecto estético da educação, aqueles que Freire (2021c) denominou de maus artistas. Sobre a estética da educação, a pedagogia freireana refere que:

Ainda que a tarefa de formar e moldar os alunos não seja estritamente do educador, qualquer que seja o nível da educação, no meu modo de entender, sou um auxiliar dos alunos no processo de formação, de seu crescimento. Mas este processo é, necessariamente, um processo artístico. É impossível participar desse processo de modelagem, que é um novo nascimento, sem

alguns momentos estéticos. Nesse aspecto a educação é, por natureza, um exercício estético. Mesmo que não sejamos conscientes disso, enquanto educadores, ainda assim estamos envolvidos num projeto naturalmente estético. O que pode acontecer é que, desatentos ao aspecto estético da educação, nos tornemos maus artistas, mas, não obstante, artistas de algum tipo, na medida em que ajudamos os educandos a ingressar num processo de formação permanente (Freire, 2021c, p. 201 - 202).

Percebe-se que o “inferno” é a estética assumida pelos educadores desatentos que desumanizam as/os residentes médicas/os no percurso da deformação profissional permanente. Esses educadores são artistas da concepção bancária de educação, “para qual a educação é o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos, não se verifica nem pode verificar-se esta superação. Pelo contrário, refletindo a sociedade opressora, sendo dimensão da cultura do silêncio” (Freire, 2019c, p. 82).

Quando *RM 06* declara ser a residência “*um inferno que eu adoro*”, fica nítida a situação de dependência gerada pela ação concreta do opressor. Neste contexto a dependência emocional e total da lógica opressora da residente médica, que “gera também a sua visão inautêntica do mundo, não pode ser aproveitada a não ser pelo opressor. Este é que se serve desta dependência para criar mais dependência” (Freire, 2019c, p. 73).
Sobremaneira:

Dentro desta visão inautêntica de si e do mundo os oprimidos se sentem como se fossem uma quase “coisa” possuída pelo opressor. Enquanto, no seu afã de possuir, para este, como afirmamos, ser é ter à custa quase sempre dos que não têm, para os oprimidos, num momento de sua experiência existencial, ser nem sequer é ainda parecer com o opressor, mas é estar sob ele. É depender. Daí que os oprimidos sejam dependentes emocionais (Freire, 2019c, p. 71)

Na estética da educação bancária, os maus artistas, criam dependência emocional, minimizam a criticidade das/os educandas/os, que agora deformados, atuam ingenuamente para satisfazer aos interesses dos opressores (Freire, 2019 – pedagogia do oprimido); um trabalho exaustivo e criativo de deformação humana. E é nesse movimento, que os maus artistas da educação atuam para dizer a palavra, para optar e prescrever, para disciplinar, emergindo como únicos sujeitos do processo educativo. Suas obras primas são forjadas no humano, nos corpos, nas subjetividades. Tem no âmago do seu processo criativo, a tarefa de “matar” o humano em cada profissional médica e/ou médico que deseja especializar-se. “Para o pensar ingênuo, o importante é a acomodação a este hoje normalizado” (Freire, 2019c, p. 115). A acomodação das/os residentes a ação opressora normalizada, ganha destaque nas narrativas dos participantes da pesquisa, onde os maus

artistas da formação médica, são exaustivamente chamados de “chefes”, termo que assume destaque na Nuvem de Palavras.

6.1.2. A figura do Chefe

Os chefes são os preceptores. Isso é cultural e já é antigo. Quando, quando a gente entra esse é o chefe, tal chefe e tal (RM 06, sexo feminino). Grifo nosso.

A gente tem que acompanhar o chefe e fazer tudo que ele manda. Ele fala você vai tá em tal hora e em tal lugar. Você sempre tem que chegar antes dele preparar as coisas todas (RM, 07, sexo feminino). Grifo nosso.

Na maioria das vezes não. Quando o chefe chega para fazer as coisas dele, tudo já é feito por nós. Ele só chega para dar o veredito final se isso está certo ou se está errado (RM, 05, sexo feminino). Grifo nosso.

Na estética da residência médica, o termo preceptor é substituído pela palavra “chefe”. Ao adentrar nos programas de residência, as/os residentes são apresentados aos chefes, que passarão a organizar a rotina, atribuindo normas, papéis, condutas, regras, deveres e direitos. Neste contexto, os chefes nutrem-se de “arrogância farisaica, malvada” (Freire, 2019 – pedagogia da autonomia), chegando a assumir uma postura messiânica de salvação das/os aprendizes médicas/os, que passam a aguardar o veredito final sobre condutas, em grande medida realizadas solitariamente e sem nenhuma orientação de quem deveria estar lá para acompanhar, orientar e ensinar. O chefe, na sua visão necrófila de mundo, pronuncia a verdade, manda e regozija-se diante do erro, da punição, da humilhação, do silenciamento; todo conhecimento que o chefe possui é verdadeiro, devendo ser estendido, entregue somente aos que resignadamente aceitam suas ordens e mantem seus privilégios. Sua consciência opressora valida seu amor pela morte e seu desprezo com a vida, como observado por Freire (2019c, p. 64-65):

Esta tendência dos opressores de inanimar tudo e todos, que se encontra em sua ânsia de posse, se identifica, indiscutivelmente com sua tendência sadista [...] daí que vão se apropriando, cada vez mais, da ciência também, como instrumento para suas finalidades. Da tecnologia, que usam como força indiscutível de manutenção da “ordem” opressora, com a qual manipulam e esmagam.

A manipulação para manutenção da ordem opressora é explicitada nas falas a seguir:

É uma coisa que quando a gente vai reclamar a gente não tem o direito, porque todo mundo passou por isso. O chefe diz - na nossa época era pior, todo mundo passou por isso, todo mundo tem que passar por isso. (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso

Eu lembro uma vez que eu fui atrás de ler artigo para eu saber o porquê de alguma coisa que eu não lembro qual era. Ai eu fui atrás de ler os artigos. Ai eu falei com uma menina que era R Top, né? Eu era R1 e ela era R3. Eu falei, mas fulana no artigo que eu li falava isso e isso é ele é bom, é uma revisão. E ela é quem falou pra você usar artigo? Tem que usar o livro que está lá e o que o chefe falou, é a verdade. Eu lembro que eu fiquei em choque naquele dia. Ai eu falei, é se eu estou aqui, eu tenho que fazer do jeito que me é mandado, porque senão eu vou desistir de novo e depois eu não vou entrar e nunca mais, em resistência nenhuma (RM 07, sexo feminino). Grifo nosso

Os dois chefes são assim, só se importam com o plantão. Tipo assim, meio que largam a gente durante a semana. O que importa para o chefe é a nossa presença no plantão (RM 06, sexo feminino). Grifo nosso

Nota-se, a partir das narrativas, que as residentes RM 05, RM 06, RM 07 percebem-se enquanto não-sujeitos do processo educativo, sem direito a pensar, criticar, dialogar, escolher. Sentem-se negligenciadas à medida que seguem as prescrições, adaptam-se e acomodam-se ao conteúdo doado pelo chefe. Nessa cultura opressora, mitos são criados, como por exemplo, o de que para ser especialista, todo mundo deve passar pelo sofrimento, pela objetificação, pela desumanização – “*todo mundo passou por isso e todo mundo tem que passar por isso*”, conforme relatado por RM 05. São mitos deformadores, procedentes da ideologia dominante da sociedade (Freire, 2021c), perpetuados para a manutenção das estruturas de dominação. Desta forma, as/os residentes são manipulados pela totalidade de mitos presentes na formação.

Na ideologia opressora da formação de especialistas médicas/os, verifica-se a presença do mito da “absolutização da ignorância”, como relata a participante RM 07 ao ser informada que: “o que o chefe falou, é a verdade”, que constitui, também, um discurso falaz de autoridade. Para Freire (2019c, p. 180), no mito da absolutização da ignorância, o opressor decreta a ignorância das pessoas oprimidas, e:

No ato desta decretação, quem o faz, reconhecendo os outros como absolutamente ignorantes, se reconhece e à classe a que pertence como os que sabem ou nasceram para saber. Ao assim reconhecer-se tem nos outros o seu oposto. Os outros se fazem estranheza para ele. A sua passa a ser a palavra “verdadeira”, que impõe ou procura impor aos demais. E estes são sempre os oprimidos, roubados de sua palavra.

Amiúde, as/os residentes são proibidas/os de pronunciar a palavra, decretando-se diariamente sua ignorância pelos chefes, que exercitam o poder e o gosto de mandar, de dirigir, de comandar. Assim, “já não pode viver se não tem alguém a quem dirija sua palavra de ordem. Desta forma, é impossível o diálogo. Isto é próprio das elites opressoras que, entre seus mitos, têm de vitalizar mais este, com o qual dominam mais” (Freire, 2019c, p. 181). Portanto, a postura do chefe é sempre autocrática, com tendência a

manutenção de posicionamentos fixos, invariáveis, negando a educação e o conhecimento como processos de busca (Freire, 2019c). Segundo a concepção freireana, pode-se afirmar que o chefe é um exímio educador bancário, portanto:

Não cabe nenhum outro papel que não o de disciplinar a entrada do mundo nos educandos. Seu trabalho será, também, o de imitar o mundo. O de ordenar o que já se faz espontaneamente. O de “encher” os educandos de conteúdo. É o de fazer depósitos de “comunicados” – falso saber – que ele considera como verdadeiro saber (Freire, 2019c, p. 88).

A manutenção dos mitos contribui para a estruturação do sistema opressor na formação de especialistas médicas/os. Para além dos mitos, a estética da formação de especialistas médicas/os se organiza segundo uma hierarquia, que será tratada posteriormente nesta tese.

6.1.3. O Preceptor

O termo “preceptor” aparece nas narrativas das/os participantes da pesquisa. É oportuno elucidar que, o arcabouço normatizador da estrutura, organização e funcionamento dos programas de residência médica, a palavra preceptor/a designa a função assumida por um/a médico/a, com especialidade reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que assume o compromisso ético da formação de futuros especialistas médicos/as, em uma referida especialidade (Brasil, 2022).

Os/as preceptores/as ficam responsáveis por ensinar, orientar, acompanhar, supervisionar e avaliar os/as residentes durante toda a residência médica, durante a execução de atividades teórico-práticas, práticas e atividades teórico-complementares legalmente previstas, atividades relacionadas à sua área de conhecimento e atuando junto ao/à médico/a residente nos cenários de prática assistenciais (Brasil, 2022). O (a) preceptor (a) é ou deveria ser o mediador (a) no processo de ensino aprendizagem das/os residentes médicas/os. Neste sentido, as narrativas reconhecem a necessidade do (a) preceptor (a) formar-se educador (a), com desenvolvimento de habilidades e competências didático-pedagógicas para o exercício ético, crítico e responsável da preceptoria:

*Eu vejo o meu **preceptor** como um, deixa eu pensar. É uma pessoa que está ali pra orientar a melhor forma, as melhores condutas. Passar a experiência dele pra gente como um formador, um orientador mesmo (RM 01, sexo feminino). Grifo nosso*

*Assim, O papel do **preceptor** nosso é orientar a gente e orientar quanto as habilidades cirúrgicas, habilidades técnicas, né? (RM 04, sexo masculino). Grifo nosso*

*Então falar de qualificação é difícil. Nesse ponto, seria um ponto importante para a residência, o profissional médico se preparar de fato para docência, para ensinar, não só para essa parte técnica dele. Seria um bom pré-requisito para ser **preceptor** da residência. Acho que muitos já seriam cortados ali porque não tem essa vontade de ensinar (RM 06, sexo feminino). Grifo nosso*

As falas de *RM 01*, *RM 04* e *RM 06*, traduzem o que se espera da preceptoria: troca de experiências e de saberes, educação crítica, formação técnica, articulação teórico-prática, diálogo, mediação do processo educativo, construção coletiva de conhecimento, práxis – ação e reflexão, para citar alguns.; atitudes diferentes das dos chefes mencionadas anteriormente. Todavia, *RM 06*, destaca que a formação para a docência, de forma a desenvolver competências didático-pedagógicas, precisa ser pré-requisito e critério de seleção para a preceptoria em programas de residência médica. De fato, a lógica da formação de especialistas médicas e médicos, aponta para uma formação essencialmente técnica, mecanicista, na qual educar é treinar, com poucas mudanças sentidas desde sua regulamentação no Brasil em 1977 e, por ocasião da criação do SUS (Romão et al, 2022; Nogueira 2014).

A formação tecnicista notoriamente presente nos programas de residência médica, pode ser explicada pela boa receptividade das ideias positivistas durante a Ditadura Militar no Brasil, em 1977, ano da regulamentação, por decreto presidencial, da formação de especialistas médicos. Neste período, a educação positivista, não incentivava o desenvolvimento do pensamento crítico e se distanciava da tradição humanista, havendo a “valorização da ciência como forma de conhecimento objetivo, passível de verificação rigorosa por meio da observação e da experimentação”; o currículo multidisciplinar – fragmentado – é fruto da influência positivista (Iskandar; Leal, 2002, p. 4).

Desde então, a formação de especialistas médicos/as, em grande parte, cultua a doença, negligencia graves questões sanitárias brasileiras, desconsidera a cultura, foca na prática clínica e cirúrgica em detrimento da teoria; sem estimular a práxis – ação e reflexão, preceptores depositam conhecimento, depositam modos de fazer e modos de cuidar nas/os residentes, fortalecendo a formação de viés liberal, altamente dependente de tecnologias, em detrimento da vertente sanitária e humanizada. “Na prática, o bom médico brasileiro passou a ser o especialista” (Santini; Bulcão, 2024, p. 76).

O receituário estadunidense para o ensino médico brasileiro consistia na adoção das recomendações do Relatório Flexner: predominância de aulas teóricas enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas; processo de ensino-aprendizagem focado no professor e em aulas expositivas e demonstrativas; prática predominantemente

no hospital; capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica; e, mercado referido apenas pelo tradicional consultório (Lampert, 2009). É importante informar que, o estadunidense Flexner, “defendia que o aluno deveria **saber fazer**, ou seja, era adepto de um ensino voltado para a prática” (Santini; Bulcão, 2024, p.78) grifo nosso.

A medicina curativa, hospitalocêntrica, com foco na doença e de cuidado médico-centrado, voltada para o mercado neoliberal, foi a receita seguida também pelos programas de residência médica desde a importação desse modelo estadunidense para o território brasileiro (Lampert, 2009). Apesar do levante da medicina sanitarista, que contribuiu para a construção do SUS, a ideia a proposta de integrar a rede de serviços do SUS e a comunidade, continua a ser rejeitada pelas instituições médicas – conselhos, sociedades, e até mesmo pelas/os médicas/os especialistas. A ideia do cirurgião no terreno – saindo do hospital e indo até a unidade básica ainda é muito questionada (Santini; Bulcão, 2024); o paradigma da formação de especialistas é da/o médica/o liberal.

Com toda a inovação da legislação de saúde (SUS) e da legislação educacional, que induz mudanças na formação médica, ainda não foi possível consolidar o paradigma da integralidade do cuidado. Certas temáticas têm pouca ou nenhuma aceitação no mundo da residência e das especialidades, como por exemplo, humanização, acolhimento, integralidade, solidariedade, práxis – ação e reflexão, conscientização, interculturalidade, alteridade, ética, diálogo, o que impacta radicalmente para uma mudança efetiva (Nogueira, 2014; Haddad et al, 2008). Na prática, não interessa formar médicas/os mais humanizados e socialmente comprometidos (Santini; Bulcão, 2024).

A preceptoria torna-se alvo das críticas das/os residentes por ser a guardiã de uma formação tecnicista, exclusivamente prática, desarticulada da realidade e sem o compromisso ético-político de transformação da realidade. Nela, as/os preceptoras/es atuam para o condicionamento das/os residentes a uma lógica hegemônica desumanizadora, na qual o poder opressor opera para colonizar as/os residentes, segundo vieses do sistema patriarcado imperialista capitalista (Hooks, 2019).

6.1.4. Sobre a “coisa” que falta

A palavra “coisa” é utilizada frequentemente no sentido de informar algo que falta ao programa de residência médica. A “coisa” aponta para a necessidade de: reestruturação física, planejamento da carga horária teórica, teórico-prática e prática em conformidade com a legislação, organização dos rodízios, distribuição dos residentes nos cenários de

prática de acordo com o quantitativo de preceptores, planejamento didático-pedagógico das tarefas a serem cumpridas pelos residentes, adoção de medidas necessárias no sentido de preservar a saúde física e mental dos residentes no decorrer da formação, entre outras.

*Uma estruturação melhor. Mudança de estrutura mesmo, como eu já falei na última resposta, né? Então tem mais um tempinho livre, alguma coisa do tipo, além do prazo para a gente curtir a nossa família, esse tipo de coisa. Agora, de resto, eu acho que é o suficiente. **É mais um tempinho livre mesmo, pra ser um ser humano, mesmo** (RM 02, sexo masculino). Grifo nosso.*

No trecho acima, *RM 02* solicita um tempo livre, fora da residência, para o lazer, para estar com a família, e todo tipo de “coisa” que confere humanidade a existência, qualquer “coisa” que possibilite emergir o ser humano presente em cada pessoa. Aqui, o verbete, aparece para denunciar o excesso de carga horária para além do que a legislação preconiza. Constituem em jornadas exaustivas cumpridas nos hospitais, muitas vezes em completo abandono por parte das/os preceptoras/es, tempo destinado em grande parte as atividades práticas e que em nada cumprem a função de formar cidadãos para o exercício da medicina humanizada e especializada. É urgente destinar um “tempinho livre mesmo, pra ser um ser humano” (*RM 02, sexo masculino*); um tempo para o ócio criativo, para esperar, para deixar-se afetar pelo amor, pela tolerância, tempo que permita recuperar a fé nos seres humanos, tempo de refazimento e de pertencimento. Aqui a denúncia dá conta da exaustão do corpo e da alma, função a que se propõe a pedagogia do sofrimento nos programas de residência médica, pedagogia que não possibilita o elevar-se do humano em cada pessoa que faz a opção pela especialidade médica. Na residência habita somente o tempo do trabalho mecânico, antidialógico, destituído de criatividade e de sentido, tempo que objetifica, que sufoca, que adormece, que adocece, como refere *RM 03*:

*Não sei se eu adoeci, porque quando eu comecei a trabalhar eu tive crises. Não chegou a ser uma doença mesmo, mas eu percebi que eu estava mais ansioso, estava mais ansioso no período de trabalho do primeiro ano por falta de experiência, conhecimento e quando eu entrei na residência foi a mesma coisa, falta de conhecimento, experiência e excesso de carga horária. Então eu fiquei um pouco mais, eu sinto que eu sou um pouco mais ansioso. **E a autoestima diminuiu bastante, porque querendo ou não, você entra numa área que você não conhece muito bem. Então você sente que você não é capaz de fazer bem as coisas** (RM 03, sexo masculino). Grifo nosso.*

Na perspectiva neoliberal, o trabalho expropria, não concede direitos, rouba dias de vida. Assim, *RM 03* nos fala sobre um trabalho automático realizado sem experiência e sem preparação efetiva para desempenhá-lo, que rouba os dias de vida das/os residentes. Depois de submetido à excessiva carga horária e tendo que “cuidar” das pessoas enfermas, sem o compromisso ético, uma vez que não existe a responsabilidade da

preceptoria em qualificá-lo adequadamente, *RM 03* desenvolve ansiedade diante da possibilidade de cometer algum tipo de iatrogenia, ou seja, desencadeamento de efeitos adversos ou alterações patológicas causados ou resultantes de um tratamento de saúde. Soma-se a isto, a extenuante rotina, em que se exige uma série de “cuidados” de excelência, técnicas e procedimentos que demandam pensamento crítico, raciocínio clínico e mãos hábeis e que carecem de um plano de ensino cuidadosamente organizado e, que rotineiramente, são negligenciados pela preceptoria médica. Resta de um lado, um residente que teme pela sua carreira e de outro, uma pessoa enferma que acredita estar recebendo um tratamento de qualidade. Instala-se o caos e o sofrimento generalizado. Depois de dias “sem vida”, com o corpo sendo submetido à elevados graus de estresse e ansiedade, além de sessões de humilhações, nas quais a falta de experiência e de conhecimento é atribuída à burrice pelas/os preceptoras/es, com a autoestima diminuída a/o residente sucumbe à doença.

Diante da sensação de não fazer bem as coisas, as/os residente médicas/os perdem a autoestima, entristecem, emudecem e adoecem. Sem ter com quem dialogar e com a esperança destituída, o “couro engrossa” à proporção que o corpo e a subjetividade são colonizados, transformados, objetificados. Não existe uma perspectiva democrática de direitos na formação médica especializada. Residentes, agora transmutados em objetos de “couro engrossado” “perdem porosidade para o mundo e para os encontros. A defesa da vida deixa de ser uma aposta importante em sua produção no mundo (Feuerwerker, 2014, p. 127). Sem cidadania, sem direitos garantidos e sem democracia, o espaço – formativo e do/para o cuidado - da residência médica empurra as/os residentes para a “morte”, consolidando a visão necrófila do mundo (Freire, 2019b):

É uma coisa que quando a gente vai reclamar a gente não tem o direito, porque todo mundo passou por isso (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.

*Eu acredito que na residência a gente aprende tudo. De tanto a gente apanhar, o couro engrossa. Então acaba que a gente se torna mais madura, que a gente aprende de tudo um pouco. Não é só a parte profissional, a gente aprende todos os aspectos da nossa vida. E na parte profissional, não tem como eu te dizer que a gente não aprende porque a gente está aqui todos os dias, **por mais que não tenha essa parte teórica, humanizada e tudo**, mas eu acho que as coisas acabam entrando por osmose, porque todos os dias você está fazendo a mesma coisa (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.*

Tem conteúdo que a gente dá uma aula sem ter experiência nenhuma e livro não é a mesma coisa que prática (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.

Então é muita coisa, a gente fica exausta. Eu digo que é um inferno por conta disso, tem que fazer muita coisa. Tem horas que não vai dar tempo, mas tu tens que criar

tempo e se não fizer, vão começar a te cobrar, vão começar a te ameaçar de punição. Então não é fácil (RM, 06, sexo feminino). Grifo nosso.

De acordo com as falas, não existe humanização nas atividades teóricas, teórico-práticas e/ou práticas. O processo de acumulação do conhecimento acontece mediante a feitura de atos repetitivos, ações mecanizadas, aprendidas na prática pelo residente, uma aprendizagem por tentativa e erro e/ou pela observação do fazer de especialistas médicos. Modos de fazer que são depositados diariamente por “osmose” como relata *RM 05*, com absoluta destituição da práxis – ação e reflexão - do ato educativo.

Para “engrossar o couro” utilizam-se métodos coercitivos, punitivos. Ações pedagógicas pertinentes à preceptoria, como o planejamento das aulas, seminários, rodízios entre os serviços, orientações de pesquisas e trabalhos de conclusão de residência são deslocadas para a responsabilidade total dos residentes. Na maioria das vezes não tem um processo de aprendizado eticamente planejado. Residentes ressentidas/os, falam sobre a inaptidão de terem que ministrar aulas e atender as/os pacientes, sem a vivência e o conhecimento necessários:

E não tem tanta coisa assim de estudar. São coisas tipo, você tem que fazer uma aula falando uma coisa que você nunca viu na vida e querem que você fale bem. Não tem um processo de aprendizado, tipo começa do mais básico, vem, te guiando. Não! É entra na cirurgia, vai e faz. Isso aqui e tal coisa, vai e faz! Sendo que eu sou R1, sabia?! Eu sabia suturar melhorzinho e puncionar por causa das três semanas de cirurgia que não contam nada né? Então e aí eu ia atrás de ler (RM 07, sexo feminino).

O discurso de *RM 07* enfatiza a falta de responsabilidade ética e profissional da preceptoria, que empurra a/o residente para o cuidado com a vida humana, sem a qualificação devida. “Não tem um processo de aprendizado, tipo começa do mais básico, vem, te guiando. Não! É entra na cirurgia, vai e faz. Isso aqui e tal coisa, vai e faz!” (*RM 07, sexo feminino*). Aqui reside a problemática da ética da/o profissional médica/o para a oferta de dois tipos de cuidado: **o cuidado médico-especializado prestado ao ser humano em condição de adoecimento** e **o cuidado docente prestado ao ser humano em situação de aprendizado**.

No que tange ao **cuidado médico especializado prestado ao ser humano em condição de adoecimento**, Cecílio (2011) indica que a gestão do cuidado em saúde consiste no provimento ou na disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. Neste

sentido, a gestão do cuidado em saúde se realiza em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (Cecílio, 2011).

Por não se comprometer eticamente com o ser humano em condição de adoecimento, o/a preceptor/a médico/a, abandona a dimensão profissional do cuidado, definida por Cecílio (2011, p. 591) como:

Aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde. É um encontro “privado”, que, na sua forma mais típica, ocorre em espaços protegidos, de modo geral, fora de qualquer olhar externo de controle. Essa dimensão é regida por três elementos principais, que lhe conferem sua maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a) a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, ou seja, a capacidade que tem, por sua experiência e formação, de dar respostas para o(s) problema(s) vivido(s) pelo usuário; b) a postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades; c) não menos importante, a sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados.

Isto posto, é possível falar de uma medicina que respeite o princípio da não maleficência? É possível pronunciar um cuidado médico ético? E falar de uma prática médica comprometida com a autonomia e com a dignidade do ser humano?

Ao abandonar o ser humano em condição de adoecimento exclusivamente nas mãos das/os residentes sem prévia orientação e/ou qualificação, a/o profissional médica/o descumpra o contrato ético firmado na relação médica/o-paciente e atenta para dois princípios fundamentais do Código de Ética Médica: I - A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza; II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. Vale ressaltar que o presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive nas atividades relativas a ensino, pesquisa e administração de serviços de saúde, bem como em quaisquer outras que utilizem o conhecimento advindo do estudo da medicina (CFM, 2019).

Ao incorrer na ação antiética e desumana de abandonar a pessoa em condição de adoecimento à toda sorte de condutas e/ou procedimentos, por profissionais residentes não habilitados para o desenvolvimento da especialidade médica, o/a preceptor/a descumpra a responsabilidade profissional prevista no Art. 1º do Código de Ética Médica de não causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência (CFM, 2019).

Em análise mais atenta do Código de Ética Médica, percebe-se que a ação descompromissada com a pessoa em condição de adoecimento, largada inescrupulosamente nas mãos das/os residentes médicas/os, infringe outras questões éticas, a saber:

- No Capítulo VI que trata dos “Direitos Humanos” é vedado à médica e ao médico: tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto; desrespeitar a integridade física e mental do paciente; e, desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido.
- No Capítulo V que aborda a “Relação com pacientes e familiares” é vedado à médica e ao médico: desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte; e, abandonar paciente sob seus cuidados.

Quanto ao cuidado docente prestado ao ser humano em situação de aprendizado, o Código de Ética Médica, traz um Capítulo intitulado “Ensino e Pesquisa Médica”, que veda à médica e ao médico: participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana; e, praticar a medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado (CFM 2019). É de referir, ainda, que a relação preceptor/a – residente, configura-se antes de tudo como uma relação entre profissionais médicos. Por esta razão, constitui infração ética, a utilização pelo/a preceptor/a de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados/as, no caso os/as residentes, atuem dentro dos princípios éticos (CFM, 2019).

Diante de tanto descuido, prestado ao ser humano em condição de adoecimento e prestado ao ser humano em situação de aprendizado, pela preceptoria médica, torna-se impossível falar de um cuidado para a vida nos programas de residência médica, pois:

A essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade e na criatividade, mas basicamente no cuidado. O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado se encontra o *ethos* fundamental do humano. Quer dizer, no cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir (Boff, 2014, p. 12).

Como se não bastasse todo o descuido preconizado pela pedagogia do sofrimento imposta para a aquisição das especialidades médicas, o corpo físico da/o residente,

também, experimenta toda sorte de maus tratos à medida que os hospitais públicos não estão adequados para o desenvolvimento de atividades de ensino, pois, em se tratando de programas de residência, não basta simplesmente organizar salas de aula e auditório, é preciso construir repouso, refeitórios, bibliotecas, salas de convivência destinadas às reuniões interdisciplinares de equipe, promovendo a integração entre as residências médicas e multiprofissionais para efetivação da integralidade do cuidado. O ser residente, implica transformar o hospital em “uma residência para o aprendizado”, sob o *ethos* da alteridade, do respeito, da justiça social e da ética. Todavia, o que se revela, são condições desumanas para descanso e alimentação:

No hospital falta muita coisa. A gente depende do SUS, dos governos e acaba que às vezes a gente não consegue fazer muita coisa porque não tem. Com relação a dormitório, nem todos os hospitais a gente tem lugar para dormir. Quando não tem espaço para descansar, não descansa, não descansa. Fico sem dormir. Fico lá até terminar minhas coisas quando as coisas vão embora, mas sem descanso. A alimentação em alguns hospitais é disponibilizada pra gente, mas tem um horário. Então se passar esse horário ninguém conseguir uma marmita pra gente, a gente fica sem comer no hospital, pois tem que se virar também para almoçar (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.

O que dizer diante de tamanha falta de zelo com o descanso e com a alimentação das/os residentes? Como prestar um cuidado responsável e resolutivo, quando não se está sendo cuidado? Será que sem direito à alimentação e ao descanso é possível cuidar? O que se espera das/os residentes que não são humanamente cuidados?

Quiçá uma reação brutal diante da vida, o gesto mais amargo e mais doce da estranheza existencial, o calor mais febril e a pura satisfação-insatisfação do humano que ainda aspira e sonha e agarra-se à esperança e constrói outros espaços de convivencialidade num grito silencioso, grito daquele que não quer a morte, mas a vida; vida, fundamento de sentido, enquanto caminho não percorrido, mas que se deseja percorrer, e que, portanto, significa projeto, sonho, utopia (Gadotti, 2005), fazendo soar e tilintar, ecoando por entre surdos que nada querem saber sobre a dor, o sofrimento e a vitimização – origem de toda desumanidade e inumanidade do humano – pretendendo apagar o fogo angustiante de vida do sujeito que quer ser mais (Ramos, 2012 p. 183)

Nesse cenário de profundas contradições, a escuta da voz do Outro - nesta tese chamadas/os de residentes - é, ao mesmo tempo, o encontro com a alteridade. Constituem em vozes de resistência, vozes que afirmam a vida, narrativas nas quais a questão da ética se impõe. “A vida carnal, no clamor da própria carne, é o ponto de partida instigador para o qual a ética é a resposta. A ética quer ser, enfim, planetária (universal) e endereçada a toda vítima em qualquer lugar que ela exista” (Ramos, 2012, p. 207). Neste sentido, o sistema hierárquico e opressor, que retroalimenta a pedagogia do sofrimento na residência médica, não é ético pois mata o ser humano, ou seja, nos termos dusselianos:

Um sistema não é ético se, para sobreviver como sistema, mata o ser humano. É ético se reproduza a vida e não o é se reproduz apenas a si mesmo. Este parece ser o problema do capital e de todos os sistemas que se autorreproduzem. Não que ele seja mal ou bom em si (não é isso que trata a ética), pois se reproduz a vida, então, ótimo; mas se gera, cria a vítima, há necessidade de ser corrigido. É importante cuidar para que não dancemos todos [todas] da mesma forma e, com os mesmos passos vigilantes, tornemos impossível desfazer a fila ordenada do baile (Ramos, 2012, p. 215).

Nota-se que a vida humana é o conteúdo último da ética (Ramos, 2012). Assim, a ética da libertação de Dussel propõe que “a dor e a corporalidade das vítimas constituem a origem de toda crítica ética possível” (Oliveira, 2020, p. 27). Para Dussel (2012), pensar o Outro eticamente, significa olhar e legitimar culturas, histórias, saberes, desejos, sonhos, reconhecendo-o como um ser humano de possibilidades; Outro que precisa ser reconhecido enquanto sujeito autônomo desejante que se re-humaniza a cada encontro. Ética que cuida e atenta para a vida humana, com todos os limites e exigências próprias que orbitam o existir: necessidade de alimentos, casa, segurança, liberdade e soberania, valores e identidade cultural, plenitude espiritual, etc. (Oliveira, 2020). Na ética da libertação, ir ao encontro do Outro significa estar junto em relação de alteridade, cuidado ético que re-liga e re-humaniza. A esse respeito Oliveira et al (2024, p. 369) comunicam:

Percebemos que Freire (2019b) e Dussel (1995) desenvolvem um aspecto comum do cuidado ético, um cuidado que traz a centralidade do ser humano em sua integralidade. É o ser humano substantivado, ser humano que é tornado humano a partir da relação horizontalizada com outro ser humano mediatizado pelo mundo.

É imprescindível asseverar que a continuidade da existência da pedagogia do sofrimento na residência médica, mata toda e qualquer possibilidade de cuidado ético, à medida que cristaliza práticas educativas bancárias, coercitivas, punitivas e desumanizadoras. Práticas educativas autocráticas que impedem a problematização e reexame permanente “do papel da educação que, não sendo fazedora de tudo, é um fator fundamental na reinvenção do mundo” (Freire, 2020b, p. 18).

Para uma prática ético – crítico – libertadora, a preceptoria médica precisa transformar o ato educativo em uma experiência humana de cuidado, assumindo a politicidade do ato educativo, que luta para:

Repor o ser humano que atua, que pensa, que fala, que sonha, que ama, que odeia, que cria e recria, que sabe e ignora, que se afirma e que se nega, que constrói e destrói, que é tanto o que herda quanto o adquire, no centro de nossas preocupações” (Freire, 2020b, p. 19).

A pedagogia libertadora que se contrapõe à pedagogia do sofrimento, reconhece a educação como:

Processo de conhecimento, formação política, manifestação ética, procura da boniteza, capacitação científica e técnica, a educação é prática indispensável aos seres humanos e deles específica na História, como movimento, como luta. A história como possibilidade não prescinde da controvérsia, dos conflitos que, em si mesmos, já engendrariam a necessidade da educação (Freire, 2020b, p. 18 - 19).

Enquanto manifestação ética, a prática educativa precisa irmanar preceptoras/es; residentes e pacientes, para o reconhecimento e defesa do direito de *ser-mais*, categoria situada na pedagogia freireana, que para Streck et al (2019, p. 427) abordam:

Essa maneira como Freire concebe a dialeticidade da vida humana enquanto um processo aberto, que vai se construindo e reconstruindo na busca de fazer a própria história, é o fundamento para uma concepção de história como libertação humana. Ou seja, para Freire a tomada de consciência de nossos condicionamentos, situações limites que nos oprimem como seres humanos, deve proporcionar um novo impulso essencialmente vital à existência humana, a saber, o sonho e a esperança que constituem a construção da utopia humana na história. Esses impulsos, enquanto motores da história (não únicos), que a natureza humana foi elaborando em sua experiência existencial, são o que nos movem na direção de uma intervenção transformadora no mundo concreto visando à superação de todas as situações limites que nos oprimindo enquanto seres em busca do próprio “ser mais”.

Por meio da retomada ética do espaço educativo e de cuidado, os seres humanos - preceptores, residentes e pacientes – atuam mediante um quefazer necessariamente responsável e leal à radical vocação do ser humano para a autonomia, para o Ser-mais. Retomada em que se reconhece a educação como prática de liberdade. Retomada em que se exige a convivência de sujeitos, radicalmente abertos e críticos à compreensão da importância da posição de classe, de sexo e de raça para a luta de libertação (Freire, 2020a). Portanto:

Não reduz uma posição à outra. Não nega o peso da classe nem da cor da pele nem tampouco do sexo na luta [...] entende que qualquer reducionismo de classe, de sexo, de raça, distorce o sentido da luta, pior ainda, reforçando o poder dominador, enfraquece o combate. Por isso mesmo a sua é a defesa em favor da invenção da unidade na diversidade (Freire, 2020a, p. 111)

Deve-se, portanto, partir de uma ética que não abriga licenciosidade e o assistencialismo no ato educativo. A prática didático-pedagógica nascida na ética da libertação refaz as relações entre os humanos por meio da amorosidade, da tolerância, da fé, da criticidade, do diálogo, da alteridade, da democracia e da autonomia. Nela todas/os têm capacidade para o aprendizado e para o ensino – se aprende e se ensina, todas/os são sujeitos aprendentes e ensinantes. Dessarte:

Se as liberdades não se constituem entregues a si mesmas, mas na assunção ética de necessários limites, a assunção ética desses limites não se faz sem riscos a serem corridos por ela e pela autoridade ou autoridades com que dialeticamente se relacionam (Freire, 2019b, p. 67 – 68).

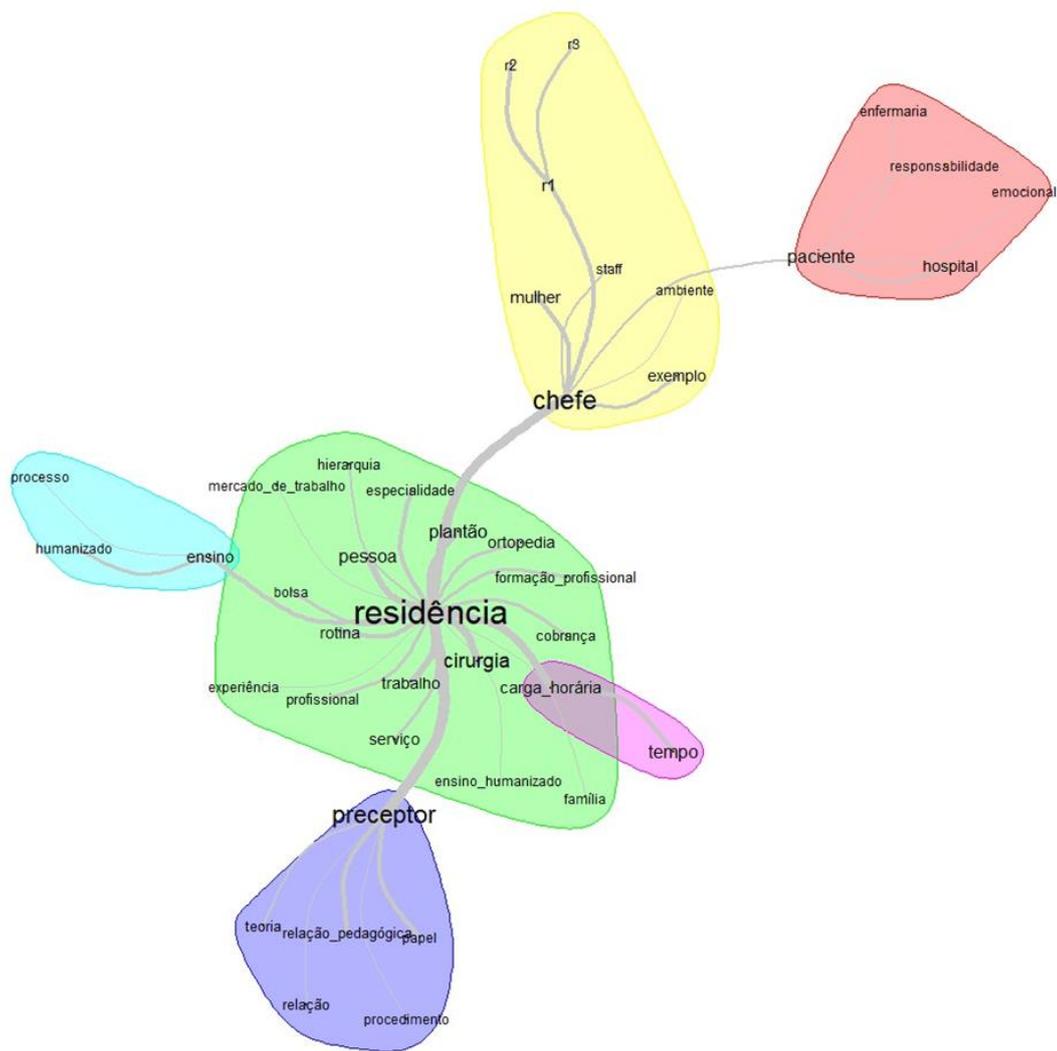
Por fim, a responsabilidade ética, que é ao mesmo tempo cuidado (Oliveira et al, 2024), precisa compor a agenda libertadora nos programas de residência médica. Cuidado ético que acarreta que a preceptoria cumpra com sua responsabilidade ética, política e profissional de se qualificar para a docência ao mesmo tempo em que a gestão institucional cria as condições necessárias para o aprendizado das/os residentes: adequação do espaço e mobiliário para fins educativos, considerando alimentação, repouso e descanso; qualificação, didático-pedagógica e técnica, permanente da preceptoria; construção, acompanhamento e avaliação do processo de ensino-aprendizagem; construção, acompanhamento e avaliação dos processos de trabalho – rotinas, protocolos, fluxos; e, acompanhamento e avaliação dos cuidados prestados ao ser humano em condição de adoecimento – cuidados de saúde.

É somente no caminhar solidário e ético, que não é uma marcha, pois a marcha implica o não reconhecimento da *unidade na diversidade* (Freire, 2019c), que as pessoas – preceptoras/es, residentes, pacientes – poderão recuperar a “coisa” que falta, “coisa” geradora do desejo democrático de erradicar todo sistema de dominação.

6.2. Análise de similitude e classificação hierárquica descendente

A análise de similitude permitiu inferir a estrutura de construção do texto e os temas de relativa importância, a partir da coocorrência entre as palavras. Assim, pelo grafo gerado se pôde visualizar, em núcleos, os termos mais evocados nas entrevistas, mas de maneira contextualizada, conforme Figura 15.

FIGURA 15 – Análise de similitude



Fonte: Dados coletados na pesquisa de campo, 2023.

6.2.1. Núcleo central verde

No ramo central da figura (verde), a palavra “Residência” se relaciona com diversos termos como “Cirurgia”, “Trabalho”, e “Formação Profissional”, representando assim, um núcleo central de palavras.

A residência tem contribuído grandemente para a minha formação profissional. O quanto eu me sinto preparado como médico para atender um paciente, atender o paciente é grave (RM 02, sexo masculino).

Para RM 02, a residência médica está grandemente relacionada a formação profissional. Como visto, na seção anterior, apesar de toda legislação distribuir a carga horária do período formativo em atividades teóricas, teórico-práticas e práticas, a supremacia da carga horária prática, atendendo ao viés mecanicista da formação especializada, destitui a crítica do ato pedagógico. Com isso, RM 02, alienado da real

função da educação enquanto formação humana, acredita estar de fato preparado para o cuidado ético à pessoa em situação de adoecimento, cuidado aqui percebido única e exclusivamente, como competência técnica.

Em sua crítica à educação bancária, Freire constantemente adverte para o fato de que o ato de depositar conhecimentos técnicos, modos de fazer sem provocar uma reflexão profunda, aliena as/os educandas/os que permanecem aprisionados na estreiteza da formação técnica. Sobremaneira, o corpo ingênuo se deixa objetificar, pois desconhece a sua vocação para o ser-mais. Por outro lado, uma educação crítica para a libertação, transforma o ser humano de objeto para sujeito; a pessoa humana agora na condição de sujeito, é capaz de pensar, falar, sonhar, amar, dialogar, esperar, criar e recriar. Portanto, o que se pretende com a crítica da residência médica, é resgatar “o corpo consciente e curioso que estamos sendo se veio tornando capaz de compreender, de inteligir o mundo, de nele intervir técnica, ética, estética, científica e politicamente” (Freire, 2020b, p. 16). Nesta perspectiva, é preciso garantir o tempo da práxis, ação e reflexão. Contudo, o que se tem é um tempo quase que exclusivo da prática, tempo demandante do fazer como única possibilidade de aprendizagem:

*Então, **cirurgia** às vezes eu acho que é impossível você diminuir o **tempo** de trabalho prático de estar no hospital, porque você pode perder várias oportunidades. Ai fica aquela eu estou sobrecarregado de horas, eu não consigo fazer querendo não retirar um plantão fora para conseguir uma rendinha a mais para conseguir pagar mais algumas outras contas. Tem a questão de ter uma família que causa mais um estresse, porque tem o aporte financeiro dessa família e tem o ser cobrado (RM 03, sexo masculino).*

Na fala de *RM 03*, a realidade não é contestada no sentido de diminuir o tempo de trabalho prático, pelo contrário, nela aflora o desejo de mais tempo para a venda de horas de vida para acúmulo de capital; pede-se por mais tempo para se vender no mercado dos plantões médicos. Objetificado, *RM 03* não clama por um tempo que se destine à reflexão sobre a técnica, sobre o uso de procedimentos tecnológicos. Não existe tempo para a práxis na residência médica. O tempo na residência médica é o tempo da morte, onde se prescinde do exercício de pensar a própria técnica; tempo que se renuncia a toda e qualquer vigilância ética. Sobre a necessidade do exercício constante de pensar o tempo, a técnica e o conhecimento, Freire (2020b, p. 118) refere:

O exercício de pensar o tempo, de pensar a técnica, de pensar o conhecimento enquanto se conhece, de pensar o quê das coisas, o para quê, o como, o em favor de quê, de quem, o contra quê, o contra quem são exigências fundamentais de uma educação democrática à altura dos desafios do nosso tempo.

E acrescenta:

A compreensão crítica da tecnologia, da qual a educação de que precisamos deve estar infundida, e a que vê nela uma intervenção crescentemente sofisticada no mundo a ser necessariamente submetida a crivo político e ético. Quanto maior vem sendo a importância da tecnologia hoje tanto mais se afirma a necessidade de rigorosa vigilância ética sobre ela. De uma ética a serviço das gentes, de sua vocação ontológica, a do ser mais e não de uma ética estreita e malvada, como a do lucro, do mercado (Freire, 2020b, p. 117 – 118).

A partir da fala de RM 03, verifica-se que a residência médica subtrai o tempo da práxis, da criação e da recriação. Nela, persiste o tempo que nega a história como possibilidade. Na formação tecnicista especializada, a formação é conformada como simples apropriação técnica, para o uso da tecnologia com efetividade e resolutividade. Não há tempo para elucidar a razão da escolha da técnica e da tecnologia para o cuidado ético à pessoa em condição de adoecimento. Não existe tempo para o estudo, para a leitura do mundo e leitura da palavra (Freire, 2021a).

6.2.2. Núcleos: azul e rosa

Junto ao ramo central há dois pequenos núcleos. Estes apresentam conteúdos complementares ao do centro. No ramo de cor azul, há os termos “ensino”, “humanizado” e “processo”, já no ramo na cor rosa há os descritores “carga horária” e “tempo”.

No que se refere ao termo **ensino humanizado** o participante *RM 03* comunica sua inviabilidade visto que na RM o residente é colocado a desenvolver uma carga horária inumana, situação que gera sensíveis tensões com a gerência de um tempo incongruente com a manutenção da vida, o que implica para a realização das práticas orientadas pela RM, bem como as de estudo. Sobre essa questão RM 03 comunica:

*Eu acho assim, não tem como ser um **ensino humanizado**, não sei se tem como ser mais **humanizado**, mais voltado para o residente, por causa da **carga horária** e do estresse que é a residência. É tudo novo. Eu acho que pesa um pouquinho a falta de **tempo de estudo** (RM 03, sexo masculino). Grifo nosso.*

Aqui surge a questão do tempo. Tempo que se esgota na feitura de procedimentos e no uso de tecnologias de forma automatizada. Tempo tão somente da prática, sem espaço para o estudo e para a análise crítico e reflexiva e, por isso, tempo inumano. Tempo de servidão humana à tecnologia, ao capital, no qual se esvai a ética e a boniteza da vida. Tempo que nega a história como possibilidade, gera e proclama uma espécie de “fatalismo libertador”, que rouba o sonho, a esperança e a possibilidade de luta. Sobre o tempo na concepção educativa freireana, Streck *et al* (2019, p. 449) anunciam:

Para Freire, qualquer tempo vivido precisa a-presentear-se como tempo próprio e singular, que se costura na grande ciranda de outros seres semelhantes, cujas temporalidades precisam ser entretecidas numa comunidade de destino e de lutas coletivas. Refere-se, Freire, frequentemente, a dar tempo ao tempo, cultivar uma inteligente e inquieta paciência histórica necessária ao educador para que, ao lado dos educandos, não quebre processos pessoais e sociais de humanização. Enfatiza um outro tempo de esperançosa reserva de utopias, a partir do qual a história é chamada a ser outra história.

Deduz-se que o tempo freireano é aquele capaz de produzir um acontecimento novo, um novo caráter na consciência humana, onde o ser humano transmuta-se de objeto para sujeito. Tempo em que se abdica da passividade, por intermédio do diálogo e da comunhão com outros seres humanos, e se caminha rumo à libertação. “O tempo é o espaço de se autoproduzir e realizar uma autopoiese humanizadora na medida em que se transforma a humanidade, transformando o mundo” (Streck et al, 2019, p. 450). Desta maneira, só existe tempo humano, quando as pessoas de fato o constroem e nele habitam.

Em sua fala, RM 03, nos convida a apreciar o tempo inumano da residência médica. Tempo da excessiva carga horária de trabalho, de estresse, de adoecimento, tempo em que se marcha para a morte. Marcha que se faz sozinha, em total desamparo, pois não existe um olhar para a/o residente. É o tempo do esquecimento, do silenciamento e do apagamento do humano. Nele, a tecnologia, e toda ela, é “voltada para poder manipular o tempo, feiticeiramente, parindo rostos singulares e coletivos, de (des)valor previamente definido”, moldados para a passividade, automatismo e fixidez. “Os tempos são razões de disputas à morte” (Streck et al, 2019, p. 450).

Enquanto educador, Paulo Freire (2021a) anuncia a necessidade de recuperar o tempo da ação, da reflexão, da leitura, da pesquisa; tempo do estudo que não é perda de tempo. Tempo de viver a experiência e dialogar sobre ela. Tempo de paciência, de sensibilidade, de método, de rigor, de decisão e de paixão de conhecer. Tempo da amorosidade, da solidariedade e da tolerância. Tempo de escutar e deixar-se afetar. Tempo de refazimento, “porque o tempo somos nós com nossas incompletudes” (Streck et al, 2019, p. 450). Sendo assim:

Freire propõe vencer o endeusamento de uma só temporalidade sugerindo uma interculturalidade sincrônica na ação cultural para a liberdade, na qual as utopias (futuro) sejam o inédito viável presentificado pelo esperar (presente) em diálogo com as raízes étnico-culturais (passado) vivas em nós. Não há educação freiriana sem despertar em cada um/uma o gosto de temporificar-se no fluxo incessante das urgências e dos apelos da vida pela justiça e pela liberdade (Streck et al, 2019, p. 450 – 451).

6.2.3. Núcleo: roxo

No ramo localizado na parte inferior da figura (roxa) o termo principal foi “Preceptor”, o qual se relaciona nas entrevistas com as palavras “Teoria”, “Relação Pedagógica”, “Papel”, “Relação” e “Procedimento”, as quais indicam que as/os participantes referiam sobre a relação pedagógica preceptor/as-residente e o papel da/o preceptor enquanto orientador/a da formação especializada:

*Quando eu entrei, eu achava que o **papel do preceptor** era de professor, mas um professor mais relacionado com a faculdade, que traz uma carga de **teoria** muito grande. Mas é totalmente diferente a carga é mais prática. Então a **teoria** mais dele é prática. (...) Eu tive problema na residência. Eu cheguei a denunciar um **preceptor** porque não existia uma boa **relação pedagógica**. Cheguei a ser empurrado no **procedimento** por causa dessa **relação pedagógica** (RM 03, sexo masculino).*

*A residência médica é um programa de especialização no qual o a gente é integrado dentro do hospital para a gente poder aprender dentro daquela especialidade escolhida, onde a gente vai ter, tanto a parte **teórica** quanto principalmente prática, que é onde a gente acaba tendo mais do que a **teoria** (...). O **papel do preceptor** primordial é tentar acompanhar a gente para ver onde é que a gente pode melhorar e ajudar a gente a aprender. Mas em prática, teoricamente, a gente precisa saber de tudo, porque são coisas que a gente já estudou na nossa formação, mas lembra que a gente está em uma especialidade, que é algo novo para a gente, que a gente precisa se aprofundar naquilo (RM 05, sexo feminino).*

Outra vez, indaga-se o papel do preceptor/a. Para RM 03. o/a preceptor/a tem a prática como o único elemento do fazer docente. Percebida como autocrática, punitiva e violenta, não confere sentido e significado ao ensino pois, é desprovida dos componentes fundamentais da prática educativa: **presença de sujeitos, conteúdos, objetivos e métodos** (Freire, 2020b, p. 80 - 81).

Logo, é impossível reconhecê-la, de fato, como uma prática educativa assentada na pedagogia crítica freireana, uma vez que, a relação pedagógica não implica compromisso ético com a emancipação das pessoas. Apesar da domesticação, do adestramento, RM 03 começa a emergir como sujeito, passando do questionamento à ação, que se faz denúncia. Em sintonia, RM 05 tenta descrever o que seria uma educação coerente com os princípios ético-políticos de transformação da sociedade em um lugar mais humanizado, onde todas e todos possam desenvolver-se na busca do *Ser Mais*: “o **papel do preceptor** primordial é tentar acompanhar a gente para ver onde é que a gente pode melhorar e ajudar a gente a aprender” (RM 05, sexo feminino). E qual seria a ajuda docente para o aprendizado transformador? Como se dá o *quefazer* docente?

Para Freire (2019) a aventura docente pressupõe a compreensão da prática docente enquanto dimensão social da formação humana. Sobre o *quefazer* docente, Freire (2019a, p. 132 – 133) ensina:

Me sinto seguro porque não há razão para me envergonhar por desconhecer algo. Testemunhar a abertura aos outros, a disponibilidade curiosa à vida, a seus desafios são saberes necessários à prática educativa. Viver a abertura respeitosa aos outros e, de quando em vez, de acordo com o momento, tomar a própria prática de abertura ao outro como objeto da reflexão crítica deveria fazer parte da aventura docente. A razão ética da abertura, seu fundamento político, sua referência pedagógica; a boniteza que há nela como viabilidade do diálogo. A experiência da abertura como experiência fundante do ser inacabado que terminou por se saber inacabado. Seria impossível saber-se inacabado e não se abrir ao mundo e aos outros à procura de explicação, de respostas a múltiplas perguntas. O fechamento ao mundo e aos outros se torna transgressão ao impulso natural da incompletude.

Para contemplar a dimensão social da formação humana, o *quefazer* da preceptoria médica precisa assumir a educação como prática da liberdade; *quefazer* freireano que parte da ética da vida, logo ética da libertação, remetendo a busca de uma direção e conteúdo para a ação pedagógica crítica-libertadora e de um agir no sentido de produzir algo novo. A aventura docente do/a preceptor/a libertador/a na residência médica perpassa pela boniteza do *quefazer* freireano que decreta: o uso do diálogo de um caráter democrático; o respeito aos saberes das/os educandas/os; a inseparabilidade do ensinar e aprender; a superação da dicotomia teoria-prática na formação; a politicidade do ato educativo; a abertura do/a educador/a dialógica à sua própria reaprendizagem; a necessidade do ensino do pensamento crítico para superar a alienação das/os educandas/os, que é o maior problema do aprendizado dentro e fora da sala de aula (Freire, 2019a; Streck et al, 2019).

A reinvenção da preceptoria médica, segundo a pedagogia freireana, precisa incorporar o pensamento crítico à vida cotidiana para que, na sala de aula e fora dela, a teoria consiga abranger o cotidiano. Para isso, é imprescindível que o/a preceptor/a analise seu discurso político-educativo com permanente vigilância ética e consciência crítica. Discurso encharcado de consciência de classe, de gênero, de raça; discurso que se faz em alteridade, para a conscientização sobre a realidade nacional, sobre a realidade mundial, sobre a realidade sócio sanitária da população atendida, sobre as múltiplas subjetividades e culturas, sobre os diferentes modos de ser no/com o mundo (Freire, 2019a; Streck et al, 2019). Na sala de aula e fora dela,

O que nos ajudará a manter contato com a realidade é partir de questões já propostas por professores. Nossas experiências pessoais e as de outros docentes estão contidas naquilo que dizemos. Não se trata de um assunto

arquivístico sobre educação. Nem estamos respondendo a perguntas que alguém tenha feito. Talvez possamos captar os dramas da vida real naquilo que aprendemos dentro e fora da sala de aula. Nada mais convincente do que os fatos da vida real. O objetivo principal, para mim, é que a teoria consiga abranger o cotidiano. (Freire, 2021c, p.15 – 16).

Partindo do livro “Pedagogia da Autonomia” de Paulo Freire (2019a), é possível caracterizar o *quefazer* do/a preceptor/a médica que se pretende dialógico e libertador em sua prática docente. Entre as características, destacam-se: presença de rigorosidade metódica e curiosidade epistemológica; não-objetificação das/dos educandas/os; disponibilidade para o diálogo e para a escuta; compromisso ético e estético com a pedagogia da libertação; aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de dominação e discriminação; presença dos componentes fundamentais da prática educativa – presença de sujeitos, conteúdos, objetivos e métodos; respeito à autonomia e aos saberes das/dos educandas/os; articulação teórico-prática; reflexão crítica sobre a prática; reconhecimento da politicidade do ato educativo; problematização do futuro e intervenção na realidade; presença da díade ensino e pesquisa; consciência do inacabamento humano; e, reconhecimento da educação como um ato de amor e, por conseguinte como um ato de coragem (Freire, 2019a).

6.2.4. Núcleo amarelo

No ramo localizado parte superior-central da imagem (amarela) o principal descritor foi “Chefe”, o qual se relaciona nas entrevistas com as palavras “Teoria”, “Mulher”, “Exemplo”, “Ambiente” e “Staff”. Os quais indicam que os participantes referiam sobre a questão do feminino na hierarquia desumana, machista e sexista presente nos programas de residência médica. Sobre a questão, *RM 05* comenta:

A gente atende os pacientes, avalia os pacientes e, caso a gente precise, chama o chefe para ajudar a gente. Não é fácil, ainda mais nesse ambiente que é muito masculinizado, né? Então você às vezes escuta piadinhas, às vezes os homens, inclusive os residentes. Eles querem se aproveitar da gente por ser mulher. Eles acham que eles estão no direito de estarem na nossa frente, quando na verdade não estão. Os chefes nem tanto. Aqui, pelo menos nesse estado, é um estado aonde tem muita cirurgia mulher. No meu estado quase não tem isso. Então lá eu via mais a opressão das residentes mulheres, que eram em menor número. Lá quase não tem staff mulher ou chefes mulheres, já aqui a gente tem muito. Então já deve ter diminuído, a discriminação entre nós, entre os residentes, eu percebo (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.

A fala de *RM 05* aborda a questão da hierarquia, na qual o chefe/preceptor estipula uma rotina solitária as/aos residentes na prestação de cuidados à população atendida. Por estar no topo da hierarquia, o chefe/preceptor somente se disponibiliza a estar junto

quando a/o residente, porventura, não consegue dar resolutividade ao caso. Nessa marcha solitária, RM 05 convive, ainda, com piadas machistas e sexistas contadas pelos chefes e pelos próprios colegas residentes, “*que querem se aproveitar da gente por ser mulher*”, como ela sinaliza. As piadas sinalizam que o espaço público sempre foi e continua a ser um espaço masculino, identificado com a masculinidade, logo pensado e planejado para os homens (Hooks, 2019; Streck et al, 2019).

Assim, a hierarquia contida nos programas de residência médica, reflete “as hierarquias construídas sob as diferenças de raça, classe e gênero, ou seja, os “sistemas interligados de dominação”, definiam não apenas quem podia falar e onde falar, mas sobretudo o conteúdo desse dizer” (Hooks, 2019, p. 11).

Ao prosseguir com sua narrativa, RM 05 nos conta que as falas machistas e sexistas são mais fortemente pronunciadas pelos residentes do que pelos chefes pois, diferentemente do seu Estado de origem, o Estado do Pará com muitas cirurgiãs, o que tende a diminuir a desigualdade de gênero nos programas de residência médica. De acordo com RM 05, a superação da dominação do masculino sobre o feminino, ganha força com a entrada de mulheres nas especialidades médicas. Mas será que aflora de fato, nas chefes/preceptoras, o comprometimento feminista de romper os silêncios e pôr fim a dominação?

Para a educadora negra e ativista feminista e antirracista estadunidense Bell Hooks torna-se crucial na luta feminista para acabar com toda forma dominação pautada em hierarquias, a análise do papel feminino na manutenção do sistema patriarcal, dado que:

Claramente, a diferenciação entre forte e fraco, poderoso e impotente, tem sido um aspecto central definidor de gênero no mundo, carregando consigo o pressuposto de que homens deveriam ter maior autoridade e governar as mulheres. Tão significativo e importante quanto esse fato é que não se deveria encobrir a realidade de que mulheres podem participar — e realmente participam — das políticas de dominação, tanto como perpetradoras quanto como vítimas: dominamos, somos dominadas. Se o foco na dominação patriarcal mascara essa realidade, ou se torna o meio pelo qual as mulheres desviam a atenção das reais condições e situações de nossas vidas, então as mulheres cooperam com a submissão e a promoção da falsa consciência, inibindo nossa capacidade de assumir responsabilidades pela transformação de nós mesmas e da sociedade (Hooks, 2019, p. 58)

Ademais:

Diferentemente de outras formas de dominação, o machismo molda e determina diretamente relações de poder em nossas vidas privadas, em espaços sociais familiares, no contexto mais íntimo (casa) e nas esferas mais íntimas de relações (família). Geralmente é dentro da família que testemunhamos a dominação coerciva e aprendemos a aceitá-la, seja a dominação de pai/mãe sobre a criança, seja a do homem sobre a mulher. Embora as relações familiares possam ser — e com mais frequência sejam — caracterizadas pela aceitação de uma política de dominação, elas são simultaneamente relações de cuidado

e conexão. É essa convergência de dois impulsos contraditórios — a insistência em promover o crescimento e a insistência em inibir o crescimento — que fornece um contexto prático para a crítica, a resistência e a transformação feministas. (Hooks, 2019 p. 61)

A normalização do machismo e do sexismo, na esfera pública e/ou privada, é rotineiramente imposta às mulheres, através dos papéis sociais, da diferença salarial, da falta de representatividade nos espaços de gestão/governo, nas oportunidades de qualificação, por exemplo. Silenciar, domesticar e mortificar o feminino é pauta, continuamente reiniciada, na agenda do sistema patriarcado capitalista imperialista, quer por meio da mídia, da escola, da universidade, da religião, de políticas político-partidárias e de outras estruturas sociais. Um exemplo disso, é a tentativa de dominação coercitiva vivenciada por *RM 06*:

Ser residente médica? Médica no feminino? Na residência às vezes é péssimo, porque é um ambiente machista. Era nítida a diferença. É nítida a diferença de alguns chefes, entendeu? Então não é fácil. (...) Tem diferença no tratamento com as mulheres! Porque eles acham que não é um ambiente de mulher. Eles estavam muito acostumados a ser um ambiente só homem. Eles falavam o que queriam, faziam as piadas que eles queriam. Quando tem alguma mulher no meio, eles já se sentem mais retraídos. Quando tem alguma mulher no meio que não abaixa a cabeça, é pior ainda. Por exemplo, eu já ouvi de um chefe falou assim: tu olha no olho da pessoa, você tem que olhar pra baixo, tem que ser submissa! Porque? (RM 06, sexo feminino). Grifo nosso.

Se considerarmos o fato anteriormente descrito por *RM 05*, da existência no Pará de um número considerado de mulheres como chefes/preceptoras, deveríamos sentir uma maior tendência na superação do machismo e do sexismo. Entretanto, *RM 06*, em sua narrativa, comunica que existe desconforto por parte da preceptoria e dos residentes, diante da convivência com o feminino, que os obriga ao exercício de uma vigilância ética sobre seus comportamentos e discursos, sem que isso os impeça de demonstrar o desejo de dominar as mulheres. Como não foi o objetivo desta tese, o comportamento das chefes/preceptoras na manutenção da hierarquia de gênero, não pode ser afirmado. Assim, para aferir o impacto do sexismo ou da opressão sexista na vida das residentes e das especialistas médicas nos programas de residência, um outro estudo precisaria ser feito.

6.2.5. Núcleo vermelho

Enfim, na parte superior-direita do grafo (vermelha) o principal descritor foi “Paciente”, relacionando-se com “Hospital”, “Emocional”, “Responsabilidade” e “Enfermaria”, as quais apontam para questões relacionadas à qualidade do cuidado, bem

como a responsabilidade da/o residente no atendimento ao paciente, em meio a rotina estressante da residência médica.

Na visão de *RM 02*, toda a cobrança desumana da residência médica justifica-se pelo simples fato de que, o/a residente já é um/a profissional formado/a e, por conseguinte, precisa agir conforme o que se espera de um cuidado médico profissional, rápido e resolutivo. Vejamos:

*Tem que ser uma cobrança grande, porque a gente já está atuando como médico e cuidando dos pacientes. Então tudo tem que dar certo. É a vida de uma pessoa que está lá, diferente da graduação na medicina, que a gente não tem tanta responsabilidade, agora, a **responsabilidade** passa a ser grande parte nossa e o **preceptor** passa lá muito mais para saber se está todo mundo bem, se está algo fugindo do trilho (RM 02, sexo masculino). Grifo nosso.*

Embora formado, *RM 02* parece esquecer de que sua graduação em medicina lhe confere a possibilidade de atuar como médico generalista e não dentro de uma especialidade. Por não estar apto a atuar em nenhuma especialidade clínico-cirúrgica, nunca deveria assumir a responsabilidade pelo cuidado especializado na ausência de um/a preceptor/a qualificado para tal. Como já abordado nesta tese, a responsabilidade pelo cuidado especializado é da equipe médica institucional, cabendo a/ao residente acompanhar e, porventura, realizar algum procedimento mediante supervisão e acompanhamento da preceptoria. Somente após o término da residência, é preditivo que atenda sozinho, sem o acompanhamento da preceptoria, casos complexos e específicos da especialidade. No exemplo dado por *RM 02*, a excessiva cobrança do preceptor para o residente, não tem nada de pedagógica, uma vez que serve apenas para o comodismo da/o preceptor/a, que delega seu trabalho aos profissionais em formação. Exige-se muito sem de fato assegurar os direitos das/os residentes médicas/os em formação.

Cumprindo cargas horárias extensas, numa rotina estressante e com pouco comprometimento da preceptoria, no sentido de ofertar uma educação de fato comprometida com a formação humana, as/os residentes são objetificados e desumanizados, afastando-se de sua própria humanidade. Cansados e adoecidos, passam a atender de forma mecanizada as/os pacientes que aguardam por seus cuidados. Como relata *RM 03*:

*Atender na **enfermaria**, avaliar **paciente**, fazer prescrição e atender o **paciente** na sala vermelha é corrido e pesado (...). Eu acho que fica até difícil no tipo de SUS que a gente tem, do tipo de residência que a gente tem, interesse em se humanizar; humanizar o **paciente**, deixar o **paciente** mais próximo da gente, sentir o drama dele também porque é colocado a sobrecarga tanto na residência e a gente, querendo ou não, a gente precisa dividir **responsabilidades** (RM 03, sexo masculino).*

Na fala de *RM 03*, a responsabilidade pelo processo de desumanização é deslocada da preceptoria, recaindo exclusivamente sobre o modelo de cuidado representado pelo Sistema Único de Saúde. De fato, o cuidado humanizado preconizado pelo SUS vem sendo paulatinamente substituído pela competitividade mercadológica, implantada por meio da privatização cada vez maior dos serviços que compõe o sistema. Péssimas condições de trabalho, salários baixos, vínculos frágeis e remuneração por produtividade, são fatores que impactam no cuidado prestado.

Nesta conjuntura, quanto menos tempo com o/a paciente, mais se ganha. Para sobreviver, médicos e médicas transitam entre consultórios particulares e hospitais públicos e/ou privados, na tentativa de acumular capital, de ter lucro. No entanto, isso não os exime da responsabilidade assumida ao comprometer-se com a formação de especialistas. O SUS defronta-se, ainda, com interposições políticas que não reconhecem a inevitabilidade do aprimoramento da construção da identidade do profissional no SUS para a execução de novas e multiformes atribuições, o que interfere na efetivação das redes de atenção à saúde e na consolidação do sistema e, por conseguinte, na formação dos profissionais de saúde (Meneses et al., 2018). Logo, coexistem no SUS problemas relacionados ao processo de trabalho e a formação profissional em saúde.

Para além do caos instalado com a recorrente privatização do SUS, Torres et al. (2019) ressaltam alguns obstáculos para o seguimento do ensino-aprendizagem no sistema, como: a ausência de comunicação entre os trabalhadores, preceptores e tutores; a ausência de preparo para o trabalho em equipe, incluindo a produção de conhecimento; a ausência de trabalhadores com identificação e disponibilidade para o trabalho como preceptor/tutor; e a corriqueira atuação profissional desarticulada.

6.3. Análise de Classificação Hierárquica Descendente

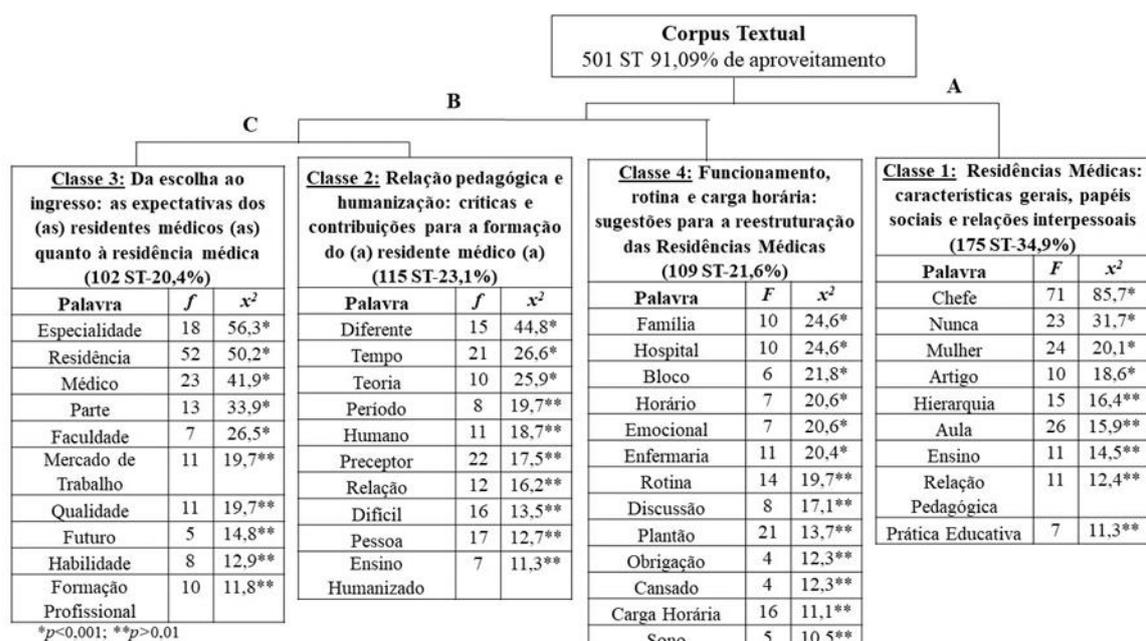
Por meio da análise de Classificação Hierárquica Descendente, emergiram quatro classes, a partir dos seguimentos de texto, as quais apresentam vocabulários próximos, com contexto similar, e associadas em um mesmo conteúdo lexical.

Assim, o corpus textual foi formado por 7 textos (dos 7 participantes), separados em 550 segmentos de texto (ST), com aproveitamento 501 ST (91,0%), e 19.407 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos). Para que a o material seja consistente para a análise, é indicado que o aproveitamento do *corpus* seja de no mínimo 70% (Camargo; Justo, 2018).

O conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes, conforme o dendrograma (Figura 16), o qual apresenta a lista de palavras mais frequentes (f), com ponto de corte do *qui-quadrado* superior a 10 ($x^2 \geq 10$) e com significância estatística ($p \leq 0,01$). Ressalta-se que as quatro classes foram divididas em três ramificações (A, B e C) do *corpus* total em análise. O *subcorpus* A é composto pela Classe 1, o *subcorpus* B pela Classes 4, e o *subcorpus* C pelas Classe 2 e 3. Estas, apesar de serem diferentes, têm conteúdo em comum e, por isso, apresentam-se em ramificação.

Para melhor compreensão dos dados, as classes serão apresentadas a partir de suas ramificações.

FIGURA 16 – Dendrograma Análise de Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Dados coletados na pesquisa de campo, 2023.

6.3.1. Classe 1: Residência médicas: características gerais, papéis sociais e relações interpessoais

A classe 1 representa 34,9% dos ST e apresenta 09 palavras representativas (com maior frequência - f) e com maior força (teste *qui quadrado* - X^2). O conteúdo desta classe diz respeito as características gerais, os papéis sociais e as relações interpessoais identificadas a partir do discurso dos (as) residentes médicos (as).

6.3.1.1. Hierarquia de papéis sociais

Observa-se que as palavras, chefe (f=71), aula (f=26), mulher (f=24), nunca (f=23), hierarquia (15) foram as mais significativas e estabelecem a compreensão dos (as) residentes médicos (as) em relação a dinâmica das relações, orientadas segundo uma hierarquia, com papéis sociais bem definidos e com funções informadas diariamente a partir dos processos de trabalho nos hospitais.

Uma hierarquia rígida para o controle dos corpos dos (as) residentes com a imposição do medo, uma prática de educação bancária que oprime e silencia os corpos; corpos que, em muitas circunstâncias assumem a postura do opressor. O *modus operandi* é histórico e culturalmente imposto e aceito, todavia, questionado, timidamente pelas (os) residentes:

Porque ele te manda fazer e você faz. Você tem que se reportar a ele como se fosse o chefe numa empresa, né? (RM 07, sexo feminino). Grifo nosso.

Na enfermaria, já é um outro chefe. O chefe é o preceptor porque ele está numa posição superior à da gente (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.

Tem que usar o livro que está lá e o que o chefe falou, é a verdade. (RM 07, sexo feminino). Grifo nosso.

Nas narrativas de RM 05 e RM 07, a palavra “chefe” se refere ao indivíduo investido de poder para ocupar lugar de mando e tem como sinônimos as palavras comandante, cabeça, mestre, superior, dirigente, autoridade, diretor, patrão, entre outros. O termo chefe, apesar de ainda ser usualmente utilizado no mundo corporativo, caiu em desuso por ser sinônimo de pessoa que exerce o poder de cima para baixo, com dificuldade para se expressar, sem capacidade para o diálogo; ordenador, impositivo, controlador e autocrático, é o responsável por criar um clima negativo de insegurança e ameaça alicerçado em uma rígida hierarquia opressora e punitiva (Iannini, 2000). E porque um termo do mundo corporativo é utilizado com tanta desenvoltura em um processo de formação de especialistas médicos (as)?

É oportuno lembrar que os programas de residência médica surgiram nos EUA em 1910, pátria exemplar do liberalismo econômico, onde a saúde é um problema de caráter individual e a oferta de cuidado baseada, majoritariamente, em um modelo de sistema de saúde baseado no seguro privado:

A multiplicidade institucional do sistema sanitário norte-americano, vista acima, guarda coerência com as características do modelo de proteção à saúde baseado no seguro privado, do qual os E.U.A. são o caso paradigmático: uma vez que esse modelo é baseado na aquisição individual ou em grupo (de trabalhadores) de planos de seguro-saúde privados, ele constitui sistema altamente fragmentado e diversificado, tanto na natureza dos prestadores como nos arranjos organizacionais que intermedeiam a oferta e a demanda dos

serviços médico-hospitalares, e, ainda, na cobertura e nos métodos de financiamento dos subsistemas aos quais cada segmento populacional está vinculado (Noronha; Ugá, 1995; p.194).

Como o setor privado é o principal prestador do sistema de saúde estadunidense, dado que até mesmo os serviços vinculados a programas estatais (como o Medicare e o Medicaid) são preponderantemente feitos por unidades privadas contratadas, a lógica empresarial do mercado parece atravessar os programas de residência médica desde a sua fundação e isso pode explicar a adoção de termos como “chefe” e “staff”, sendo a última usada para descrever o conjunto das pessoas que compõem o quadro de pessoal médico de uma instituição, de uma empresa (Noronha; Ugá, 1995).

Dito isto, a importação deste modelo de formação, em 1944, além de consolidar a arquitetura da formação de especialistas médicos (as) no Brasil, introduziu critérios de cientificidade e institucionalidade para a regulação da educação médica estreitamente vinculadas ao complexo médico – industrial estadunidense (Almeida Filho, 2010).

Nesta conjuntura, palavra “chefe” aparece com frequência nas falas dos (as) residentes e diz respeito ao preceptor médico, designado como o principal ator social dos programas de residência médica, o modelo a ser seguido e a quem nunca deve se dirigir a palavra sem permissão.

Os chefes são os que controlam o tempo, o fazer e a existência das (os) residentes. Independentemente de qualquer legislação e/ou planejamento institucional, os chefes demandam dos (as) residentes médicas (os), de acordo com suas agendas diárias e compromissos institucionais assumidos. Percebe-se uma falta de compromisso com a sociedade, tanto no que diz respeito à prestação de cuidado à população quanto ao ensino dos (as) profissionais médicos (as) sob sua supervisão. A ausência dos (as) residentes, seja por motivo de doença ou não, causa desconforto no chefe e impacta no serviço prestado pois, muitas vezes, o chefe não permanece na instituição, conforme os relatos:

*Na maioria das vezes o **chefe** não acompanha o processo diário (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.*

*A gente tem que acompanhar o **chefe** e fazer tudo que ele manda. Ele fala você vai tá em tal hora e em tal lugar. Você sempre tem que chegar antes dele preparar as coisas todas (RM 07, sexo feminino). Grifo nosso.*

*As vezes o **chefe** vai ficar brabo mesmo, porque você está doente. (RM 04, sexo masculino). Grifo nosso.*

As falas dos residentes RM 05, RM 07 e RM 04 revelam uma prática mediada por ordens, imposições e desrespeito para com os residentes, que muitas vezes permanecem

sozinhos nos serviços, cumprindo rotinas que competem ao chefe, ou seja, ao médico ou a médica que assume o compromisso com a instituição, mediante assinatura de um contrato de trabalho ou uma aprovação em concurso público. Existe um desrespeito quanto aos direitos dos residentes previstos em lei; uma rotina extenuante de cumprimento de plantões acompanha o residente ao longo da residência.

O chefe está no topo da hierarquia opressora orientadora das relações na formação médica especializada. O chefe detém o conhecimento, é sujeito ativo, prático, que impõem sua individualidade violenta a outras pessoas, ao “outro”, exercendo um domínio sistêmico (Dussel, 1993). Nesta posição, o chefe manipula as/os residentes, que passam a atuar conforme essa hierarquia, que funda relações de controle recíproco entre chefes e residentes. “Esse sistema de censura multilateral obriga todos a se adaptarem às normas, mediante a aplicação hierarquizada de sanções” (Fleuri, 2008, p. 25).

A vigilância hierárquica aparece na fala de RM 07, quando diz:

*Eu era R1 e ela era R3. Eu falei, mas fulana no artigo que eu li falava isso e isso é ele é bom, é uma revisão. E ela é quem falou pra você usar artigo? Tem que usar o livro que está lá e o que o **chefe** falou, é a verdade (RM 07, sexo feminino). Grifo nosso.*

No trecho acima, constata-se que a residente que está no terceiro ano de residência médica, que na estrutura ganha a denominação de R3, exerce um controle sobre R1, mesmo na ausência do chefe. Neste caso, a residente R3 assume o comportamento do opressor e passa a demandar subserviência; a vigilância “se concretiza através de uma rede hierárquica de relações” (Fleuri, 2008, p. 25). Por estar alienado, R3 não se reconhece enquanto pertencente à classe dos residentes, dos oprimidos.

Assim, a hierarquia não permite a união das/os residentes médicas/os para a superação da consciência ingênua e aquisição da consciência crítica, que permitiria ao coletivo de residentes engajar-se no processo de re-humanização e libertação. Rebelar-se contra o poder opressor que opera na formação médica de especialistas médicas/os pode significar a exclusão das/os residentes de procedimentos cirúrgicos, a inserção em rotinas extenuantes de plantões para além do previsto em lei, imposição de atividades teóricas como por exemplo, confecção e apresentação de seminários, aulas teóricas, confecção de artigos e capítulos de livros, entre outras. Em casos extremos, suspensão, expulsão do programa de residência médica, bem como limitação de ofertas de emprego dentro da especialidade pretendida, são cotidianamente referenciadas como o mínimo que lhes pode suceder.

Para impor o medo, a rede hierárquica de relações é informada no início da formação e normatiza a obediência do R1 ao R2, do R2 ao R3 e sucessivamente; na hierarquia das relações a palavra final é a do chefe, que demanda obediência de todas e de todas, independente do ano de residência cursado.

A hierarquia exige padrões de comportamento, concede o direito à fala e delibera sanções, conforme apontado nas falas a seguir:

*A gente aprende desde o início a hierarquia do R1, que é o residente do primeiro ano pro R2, que está acima da gente. Então a gente tem que obedecer ao nosso R2. Se tiver o R3, o R3 está acima dos dois e assim sucessivamente até chegar no **chefe** superior, que no caso é o staff (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.*

*Agora existe uma relação hierárquica bem importante assim que acaba afastando um pouco de fato, o residente do **chefe** (RM 01, sexo feminino). Grifo nosso.*

*Tem serviços que o R1 não pode falar com o chefe. Tudo ele se dirige ao R2, o R2 tem que resolver a situação dele e se precisar dialogar com alguém mais superior, o R2 é quem vai falar com o **chefe** (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.*

À primeira vista, numa apreciação ingênua, a hierarquia dá a falsa sensação da existência de diálogo entre residentes e chefes; entretanto, quando RM 05 declara a impossibilidade da/o residente médica/o dialogar com o chefe, percebe-se outra estratégia do poder opressor identificada por Freire (2019c): dividir para manter a opressão.

Neste ponto, o “que interessa ao poder opressor é enfraquecer os oprimidos mais do que já estão ilhando-os, criando e aprofundando cisões entre eles, através de uma gama variada de métodos e processos” (Freire, 2019c, p. 190).

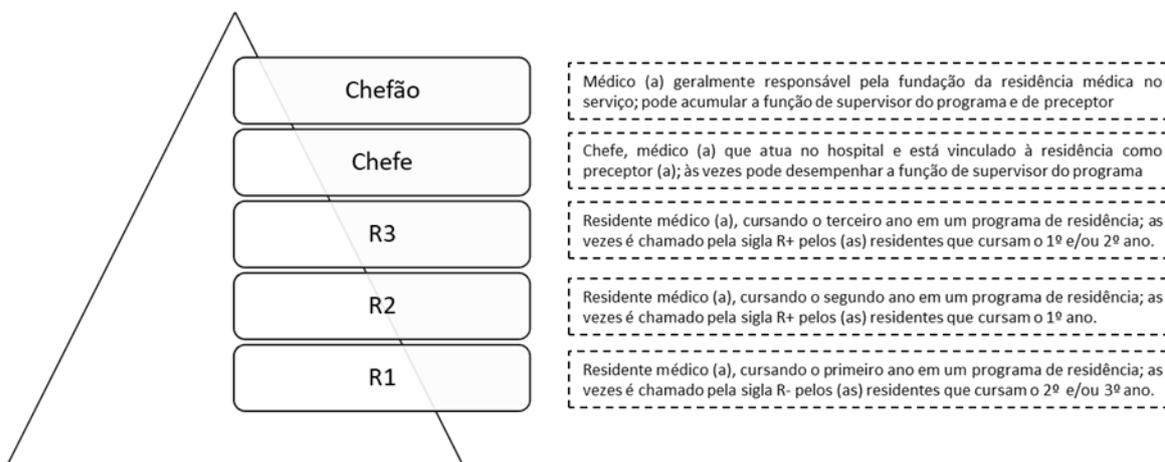
A divisão das/os residentes em R1, R2, e R3 por exemplo, cumpre a função de manipulação segundo a teoria da ação antidialógica de Freire (2019c). O emprego da manipulação pelo poder opressor tem como consequência a conquista de corpos e subjetividades das/os residentes, que se conformam aos objetivos dos chefes. “Para isto, porém, é preciso que as massas aceitem sua palavra. Muitas vezes esta manipulação, dentro de certas condições históricas especiais, se verifica através de pactos entre as classes dominantes e as massas dominadas” (Freire, 2019c, p. 198).

Nas falas dos (as) residentes RM 01, RM 04, RM 05 e RM 07, nota-se a existência de uma estruturação hierárquica nos programas de residência médica orientada pelos chefes e cumprida pelos atores sociais da residência médica, numa alternância de benesses e sanções. A hierarquia se estabelece, entre os (as) residentes, de acordo com o ano cursado, com tarefas específicas e comportamentos pressupostos. Entre os chefes, a

hierarquia sobrevém da fundação do programa de residência somado ao tempo de serviço no hospital e, neste caso, passa a ser designado de “chefão”, conforme relata RM 07:

*Eu os vejo aqui como chefes, porque eles mandam e eu faço. Existe uma **hierarquia**, sim! Tanto entre os residentes quanto entre os preceptores, sendo que mesmo o chefe tem um chefe mais chefe que o chefe [risos], então um chefe mais antigo, que fundou a residência, então ele é o chefão, os outros são os chefinhos (RM 07, sexo feminino).*

FIGURA 17 - Estrutura hierarquizada de relações na formação médica especializada



Fonte: Autoria própria com base nos relatos das/os participantes da pesquisa.

A **hierarquia** protagonizada nos programas de residência médica nada tem de pedagógica, com um ensino da teoria e da prática em graus crescentes de complexidade. Trata-se de uma estratégia que silencia, humilha, oprime, explora, adestra, aliena e desumaniza. É a hierarquia em que a ética de dominação prevalece. Nela não existe preocupação com o bem estar coletivo e a ordem do dia é dominar e exercer poder. Apesar disso, identifica-se em alguns trechos a necessidade de supressão dessa lógica hierárquica, a partir de um entendimento do processo de aprendizado como democrático, colaborativo e dialógico, consoante aos trechos a seguir:

*Não doutor, eu respeito sua **hierarquia**, eu respeito sua ordem, eu respeito o que o senhor quiser, mas fale direito comigo. Eu não sou moleca. Eu escolhi aqui, escolhi, mas eu passei num concurso pra ter aqui. Então eles sabem, eles confundem muito **hierarquia** com falta de respeito, com desrespeito, muito, muito, muito (RM 06, sexo feminino).*

*É eu acho que eu tentaria ter mais contato com o residente desde o primeiro ano porque e tentaria montar formas dele ter mais liberdade assim até para tirar dúvida de ter as trocas em si sabe? Porque às vezes a gente fica preso na **hierarquia** e fica com receio e prefere ficar com a dúvida, entendeu? Então eu acho que o principal assim é quebrar barreira, sabe? Isso é uma coisa que incentivam, que é incentivado até pelos outros residentes. Não, vocês não podem falar diretamente com o chefe. (RM 01, sexo feminino).*

*Todos os residentes poderiam conversar com os staffs e entre si. Não tem **hierarquia**, tipo assim, eu posso fazer esse procedimento porque eu sou R2, mas eu não sei nada, se o meu R1 sabe, pode me ajudar; pode entrar os dois juntos também! (RM 07, sexo feminino).*

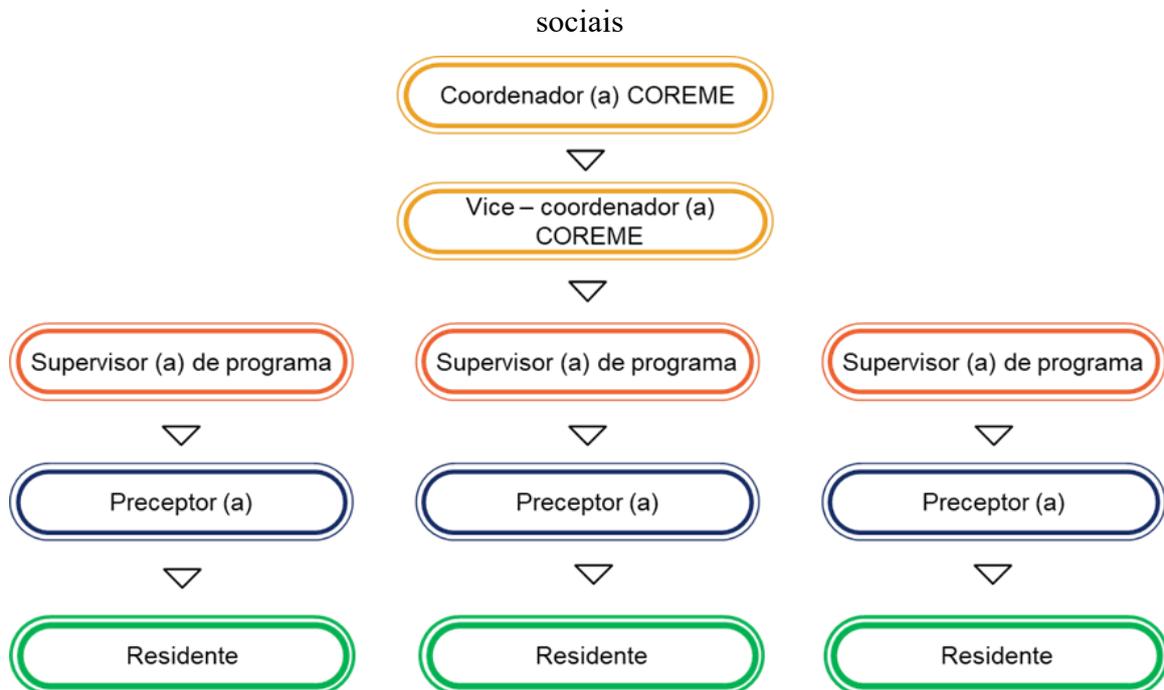
Apesar dessa rígida organização hierárquica opressora não oficial, a estrutura concernente a um programa de residência médica prevê a existência dos seguintes atores sociais com funções legalmente descritas (Brasil, 2022):

- Coordenador de Comissão de Residência Médica (COREME): Médico, com experiência na supervisão de médicos residentes e com especialização reconhecida pela CNRM, integrante do corpo clínico da instituição, que atua na orientação direta junto às atividades teórico-práticas dos médicos residentes, com domínio da legislação sobre Residência Médica, responsável por coordenar os programas de residência médica de determinada instituição de saúde, respondendo diretamente junto às instâncias reguladoras da CNRM;
- Vice-Coordenador da COREME: médico com experiência na supervisão de médicos residentes, com especialização reconhecida pela CNRM, integrante do corpo clínico da instituição, atuando na orientação direta junto às atividades teórico-práticas dos médicos residentes, com domínio da legislação sobre Residência Médica e com competência para substituir e cumprir as funções do Coordenador em caso de ausência ou impedimentos, além de auxiliar o Coordenador no exercício de todas as suas atividades;
- Supervisor de programa de residência médica: Médico preceptor, com especialização reconhecida pela CNRM na área do PRM, integrante do corpo clínico da instituição, que atua na orientação direta junto às atividades teórico-práticas dos médicos residentes, com domínio da legislação sobre Residência Médica, responsável por supervisionar as atividades práticas e teóricas relacionadas aos residentes e preceptores de determinado Programa de Residência Médica, respondendo diretamente junto à COREME e às demais instâncias reguladoras da CNRM;
- Preceptor de Programa de Residência Médica: Médico com especialização reconhecida pela CNRM, que atua na orientação direta junto às atividades teórico-práticas dos médicos residentes, que tem compromisso com a formação do médico residente, responsável por ensinar, orientar, conduzir, acompanhar e supervisionar o desenvolvimento da formação integral dos médicos residentes, atuando como

mediador no processo de ensino aprendizagem, caracterizados por treinamento em serviço e atividades teórico-complementares nos diversos cenários de prática, baseada na aquisição de competências, traduzidas como conhecimentos, atitudes e habilidades técnicas relacionadas ao Programa de Residência Médica de determinada área;

- Médico residente: Médico com registro no CRM/CFM que, após ser selecionado por processo seletivo em instituição credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica, será admitido em um Programa de Residência Médica na especialidade escolhida, a fim de adquirir competências que irão conferir título de especialista, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.

FIGURA 18 – Estrutura legal de um programa de residência médica e seus atores



Fonte: Autoria própria baseada na legislação brasileira (Brasil, 2022).

A despeito de toda legislação brasileira que tenta ordenar a formação de especialistas médicos (as) no e para o SUS, o modelo de educação médica segue colonizado pela lógica estadunidense de ensino. Para entender melhor essa afirmação é preciso retomar a discussão sobre como esse processo se instala não só no Brasil, mas em toda América Latina.

Como já foi exposto ao longo desta tese, a residência médica surge em 1889 nos hospitais estadunidenses de forma a criar competência clínica-cirúrgica nos recém-formados que abasteceriam o complexo médico-industrial nos EUA:

O criador do 1º programa de Residência Médica foi William Halsted, em 1889, no Departamento de Cirurgia da Universidade John's Hopkins. Embora já houvesse tanto nos EUA como na Europa, um tipo de treinamento cirúrgico em que o médico recém formado residia no hospital por algum tempo, o sistema só foi desenvolvido de forma regular por Halsted (Martins, 2010, p. 17).

No período compreendido entre 1910 e 1930, as escolas médicas nos EUA sofreram importante transformação em sua organização e em seu processo de ensino (Almeida, 2001). Em 1908, Abraham Flexner, educador estadunidense de origem hebraica foi convidado pelo presidente da Carnegie Foundation para dirigir um ambicioso programa de avaliação da educação superior nos EUA. A pesquisa iniciada nas escolas médicas, resultou no conhecido “Relatório Flexner”, com impacto na prática e na educação médica nos EUA e na América Latina (Almeida, 2001; Almeida Filho, 2010).

De acordo com Almeida (2001) dentre as recomendações sugeridas, o referido relatório apostava na criação de departamentos, na compartimentalização do ensino das ciências básicas, no desenvolvimento da pesquisa no âmbito destas ciências, na criação de hospitais – escolas para serem utilizados como principais campos de treinamento clínico. Flexner propunha uma reorganização do conhecimento com base na abordagem disciplinar, consoante com o conceito de disciplinaridade que era vanguarda em 1910 (Almeida Filho, 2010).

Em 1910, o estudo sobre as escolas médicas norte-americanas que veio a ser conhecido como Relatório Flexner consagrou a Johns Hopkins como modelo ideal de ensino. Escrito no momento de ascensão das formas de produção fordistas-taylorista, promoveu a divisão do conhecimento médico geral em especialidades e a fragmentação da prática em tarefas específicas, enfatizando o conhecimento gerado em laboratórios em detrimento das habilidades desenvolvidas com as vivências clínicas. As instituições financiadoras do ensino médico norte-americano adotaram as recomendações de Abraham Flexner, transformando gradualmente o ensino e a prática médica norte-americana no que hoje é denominado modelo biomédico de atenção à saúde (Corrêa Lima, 2010, p 179).

A formação em residência desenvolvida em especialidade médica difundiu-se com o modelo biomédico, por toda América do Norte até a Segunda Grande Guerra e, após a Guerra, pela América Latina e pelo resto do mundo. No Brasil, as primeiras residências médicas foram implantadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1944, e no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro, em 1948. Nas décadas de 1960 e 1970, com o aumento tanto do número de escolas médicas

como de hospitais, multiplicaram-se também os programas de residência médica (Corrêa Lima, 2010). Segundo Lampert (2009, p. 89 - 90):

Fruto do modelo flexneriano que se impôs e permanece na prática, a medicina atual, contrariando qualquer formulação fundada no sentido social da saúde, constrói seu objeto com base nos conhecimentos biomédicos e por especialidades, produzindo investigações de ponta a respeito de patologias, de forma nunca antes imaginada. Seu momento de glória atual é o aprofundamento e a ampliação do conhecimento em áreas específicas, em busca da descoberta de novos campos de investimento em ciência e tecnologia, em possibilidades de terapias e medicamentos voltados para a neuropsiquiatria, a imunologia, a engenharia genética, o rejuvenescimento e outros problemas da demanda de países centrais e das classes dominantes.

Na lógica hegemônica do cuidado hospitalocêntrico médico centrado, a formação médica especializada segundo o modelo estadunidense cumpre o papel de colonizar o cuidado em saúde no Brasil e, por conseguinte, o sistema de saúde brasileiro, de forma a atender às demandas do capital e das classes dominantes.

A educação importada, manifestação da forma de ser de uma cultura alienada, é uma mera superposição à realidade da sociedade importadora. E, porque assim é, esta “educação”, que deixa de ser porque não está sendo em relação dialética com seu contexto, não tem nenhuma força de transformação sobre a realidade (Freire, 2017, p.115).

Cristalizada na educação médica brasileira, os pressupostos do sistema capitalista imperialista estadunidense operam para reafirmar a dependência do SUS ao mercado, provocando o descolamento da categoria médica especializada do cuidado multiprofissional, humanizado e centrado na pessoa e não na doença, um cuidado demasiado dependente dos conglomerados hospitalares, das soluções tecnológicas para diagnóstico e tratamento e da indústria farmacêutica.

Repercute na residência médica a ideia de uma fazer especializado regido pelas sociedades médicas e pelo mercado, que muito raramente se solidariza com o Outro, com a pessoa humana em condição de adoecimento, descumprindo o direito constitucional à saúde. Direito à saúde que vai para além da pessoa em condição de adoecimento, mas que se estende à família e aos demais membros da equipe de saúde.

Posto isto, a residência médica hoje permanece, desde a sua fundação nos EUA, destinada à invasão cultural, que na perspectiva freireana cumpre a promessa de descaracterizar a cultura invadida, reduzindo os seres humanos do espaço invadido a meros objetos de sua ação (Freire, 2019c; Streck et al, 2019).

A caricaturização da sociedade invadida emerge na medida em que se acentua o processo de dominação de invasores sobre invadidos. Como lembra Freire, a invasão cultural tem duas faces: “De um lado, é já dominação; de outro, é tática de dominação” (FREIRE, 1987, p. 150). Sendo afastadas de sua identidade cultural, as pessoas da sociedade invadida tenderão a adotar os valores

daquelas que pertencem à cultura que as domina, procurando andar, vestir, falar, ser como elas (Streck et al, 2019, p. 279).

6.3.1.2. Desigualdades de gênero: subalternidade e preconceito com a mulher

O poder opressor e colonizador nas residências médicas opera, também, segundo vieses machistas e sexistas. Em demasia, o chefe trata de maneira desigual os sexos. O comportamento sexista e machista do chefe concede privilégios aos homens, terminantemente negados às mulheres, como denunciado por RM 07 e RM 06, nos trechos que abordam a questão do erro e da pontualidade nos processos pedagógicos:

Então, para mim, sempre teve mais cobrança. Eu chego cinco minutos atrasada, eu sou penalizada. Os homens chegam mais de 01h00 atrasado, não acontece nada (RM 07, sexo feminino). Grifo nosso.

Por exemplo, quando um homem erra, não faça mais isso; quando alguma mulher erra, tinha que ser mulher! (RM 06, sexo feminino). Grifo nosso.

O patriarcado, também, segue questionando as habilidades e as competências do gênero feminino são questionadas durante os procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos. Para exemplificar isso recorreremos ao trecho da narrativa da RM 06, quando denuncia:

Está vendo só não dá conta; tu vais dar conta? Eu já cheguei a ouvir quando entrei na residência é: tem certeza que dá pra fazer? Tem que fazer força! Chefe meu, brincando assim, eu falava: Licença, doutor. Aí eu fui lá e fazia. Então ele dizia, mas me deixa ver se tu apertaste direito; é tá apertado mesmo, né?! Porque sempre vão lá conferir, porque eles não confiam no trabalho da mulher. Eles precisam ver se foi bem feito mesmo e não tem isso com homem. (RM 06, sexo feminino). Grifo nosso

Os chefes disseminam o sexismo com falas e atitudes machistas e preconceituosas dirigidas às residentes médicas, tudo justificado pela superioridade masculina.

Há um sexismo institucionalizado com questionamentos sobre a competência e a habilidade feminina para a realização de procedimentos e exaltação de estereótipos como sensibilidade emocional, submissão e resiliência feminina. Mesmo quando as mulheres contra-atacam seu estereótipo e quebram as expectativas sobre como elas “devem” se comportar, elas pagam o preço.

Embora reconheçam que existe diferenças no tratamento entre homens e mulheres nos programas de residência médica, os residentes médicos costumam apoiar passivamente, mesmo quando sabem que a opressão e humilhação sexistas são comportamentos inaceitáveis.

De forma geral, as especialidades são classificadas como mais adequadas ou não a um determinado grupo de estudantes do sexo feminino por permitirem maior flexibilidade na rotina e, conseqüentemente, o acúmulo de papéis como dona de casa e mãe. Muitas vezes o discurso é apresentado como: “é adequado para as mulheres porque não exige plantão”. Outras especialidades chegam mesmo a ser interditas às mulheres como, por exemplo, ortopedia e urologia. A primeira por exigir força física (atributo supostamente exclusivo do gênero masculino) e a segunda por lidar com a genitália masculina (logo assunto de homens). O que não ocorre, por exemplo, com a ginecologia, que apesar de tratar diretamente com a genitália feminina, aos homens é permitido o acesso à especialidade (Puga, 2009, p. 7).

Puga (2009, p. 10) traz para o estudo da residência médica a compreensão do gênero como marcador capaz de construir lugares socialmente diferenciados para homens e mulheres e, neste contexto, o gênero passa a operar nas escolhas das especialidades médicas. A perspectiva de gênero, nos remete a uma sociedade brasileira abaladamente “tradicional, desigual e dividida sexualmente nas chamadas opções profissionais. Parece que estamos tratando de séculos anteriores, em tempos idos, quando ser mulher possuía significados de ser mãe/esposa/dona-de-casa”.

Consonante, Ávila (2014, p. 145), em artigo que discute a formação das mulheres nas escolas de medicina, expressa que:

Instituições de ensino que insistem em agir como há 50 anos, quando a medicina era dominada pelos homens, têm atuado como agentes promotores de barreiras para a progressão das carreiras femininas. A principal dessas barreiras tem sido a falta de acolhimento institucional para que as mulheres consigam combinar ao mesmo tempo um longo processo de formação e a construção da família. Isto porque as atuais políticas de formação forçam as mulheres a escolher entre a construção da carreira e a formação da família nos anos de residência.

Ao analisar os fatores que levam mulheres médicas a não optarem por especialidades cirúrgicas, Paulo et al (2020) identificou tratar se de um problema cultural enraizados nas especialidades, perpetuado por mitos, como por exemplo, o mito a falta de força e o mito da impossibilidade de conciliar a maternidade com a carreira profissional. Na mesma linha, Nascimento et al (2021, p 3) afirmam que:

Apesar do crescente número de mulheres na medicina, as especialidades cirúrgicas continuam sendo um campo predominantemente masculino. As mulheres que decidem não seguir a carreira cirúrgica justificam sua escolha com base na falta de colegas de trabalho do mesmo gênero, no sexismo e na preocupação com a gravidez e o cuidado com os filhos.

De acordo com Franco e Santos (2010), as especialidades clínico-cirúrgicas assim como as mulheres eram desprestigiadas, no final do século XIX. Enquanto os cirurgiões realizavam atividade manual considerada pouco nobre, por lidar com o corpo humano e seus humores, as mulheres eram vistas como seres inferiores, sem direito à educação superior e sem capacidade de autogerir-se e cuidar das próprias finanças. Vale lembrar

que a cirurgia moderna surgiu mais ou menos na mesma época em que as mulheres conquistaram o direito de frequentar as universidades. Ainda, segundo os autores, a 1ª Grande Guerra Mundial impulsionou a Cirurgia e o progresso tecnológico garantiu o status, como se percebe até os dias atuais. Entretanto, a atração feminina pela cirurgia sempre existiu:

Até o início do século XIX, quando o exercício da Medicina ainda não dependia de licenças dadas por cursos oficiais, que não aceitavam mulheres, há várias referências a mulheres cirurgiãs que trabalhavam no anonimato ou escondidas atrás de parentes masculinos. Em algumas épocas e lugares eram, inclusive, ameaçadas de morte se fossem descobertas. A atração pela cirurgia portanto, sempre existiu. O caso mais notório e curioso é o de Miranda Barry (1797-1865) que, sob o nome de James Barry, foi o principal Oficial médico e Cirurgião da Armada Britânica onde serviu durante 40 anos mostrando "grande habilidade cirúrgica, maneiras agressivas e pontaria perfeita". Só após sua morte descobriram que era mulher e que, possivelmente, teria tido pelo menos uma gestação. Tal constatação causou grande impacto mas o escândalo foi abafado e ela foi enterrada como homem (Franco; Santos, 2010, p.72)

Sobre a questão da credibilidade profissional das mulheres cirurgiãs, Franco e Santos (2010, p. 74) acrescentam:

Durante séculos, mesmo no Ocidente, as mulheres conviveram com direitos civis limitados e quase nenhuma credibilidade profissional. Chantagens, assédios, difamação e ridicularizações fizeram parte da evolução das mulheres na Medicina, particularmente na Cirurgia, de forma mais grave no início, mas ainda presentes, dissimuladas em algumas brincadeiras.

De forma geral o machismo e o sexismo continua sendo o principal dificultador na escolha de especialidades clínico-cirúrgicas pelas mulheres. Quando o chefe abertamente pronuncia que o espaço da residência era melhor quando não tinha mulher, valida o enaltecimento do gênero masculino sobre o feminino, revelando comportamentos, opiniões e sentimentos que informam a desigualdade de direitos entre os gêneros. À medida que o gênero feminino ousa transgredir o espaço determinado pelo patriarcado, como Hooks (2023a) definiu o sexismo institucionalizado, o uso da violência é a única maneira de estabelecer e manter o poder e a dominação na hierarquia sexista do papel dos sexos.

É importante lembrar, que o ingresso das mulheres no mercado de trabalho atendeu aos interesses do capitalismo, no Brasil e no mundo. No caso brasileiro, a ampliação do processo de industrialização nos anos 50, ampliou o acesso das mulheres à educação formal e as áreas de conhecimento antes restrita ao sexo masculino. A partir daí, surgem oportunidades de emprego em profissões como enfermagem, medicina, serviço social, entre outras, que passariam a exigir a qualificação feminina, provocando mudanças no *status* social das mulheres; na medicina é a partir dos anos 1970, que as

mulheres ampliam sua participação e passam de 15,8% em 1970 para 46,6% em 2020 (Scheffer *et al*, 2020; Priore, 2009; Baptista, 2007).

Apesar das evidências da feminização da medicina e das inúmeras legislações brasileiras que pretendem diminuir a desigualdade entre os gêneros, como no caso da Constituição Federal de 1988, as estruturas físicas dos hospitais sofreram mínimas adaptações para a inclusão na prática do feminino, possibilitando às mulheres vivenciarem o tão alardeado estado democrático de direitos.

Vejamos a situação do repouso médico, o quarto utilizado para descanso pela equipe médica: no caso do repouso médico para residentes, ainda é possível verificar placas de sinalização informando: “Residentes Médicos”; a sinalização alerta, que o repouso, assim como todo o hospital e a sociedade, continua a ser um espaço hostil para mulheres, um espaço que o feminino não merece ocupar, um espaço onde o feminino existe para servir, para ser violentado, para ser dominado, sem que isso implique em punições ao sexo masculino, na maioria das vezes. Poucos são os locais destinados exclusivamente ao descanso feminino e/ou masculino.

Na pesquisa feita por Alencar *et al* (2021, p. 10) que investigou os fatores preditivos na escolha da especialidade na residência médica,

As especialidades de Cirurgia Pediátrica, Dermatologia, Pediatria, Medicina de Família e Comunidade e Ortopedia apresentaram alta influência do sexo na escolha, sendo que as quatro primeiras tiveram apenas uma escolha masculina, e a última, apenas uma feminina. Este é um reflexo direto de estereótipos sexistas, principalmente na graduação e residência, que faz com que mulheres encontrem barreiras que as deixem em situação de desigualdade com os homens, limitando, então, o processo de escolha de uma residência médica.

Isto posto, verifica-se, atualmente, que especialidades antes interdidas às mulheres, como por exemplo a ortopedia, a urologia e a cirurgia geral, recebem mulheres que desejam adquirir a especialidade. Todavia, a permanência delas no programa de residência, é tolerada mediante a instalação de uma violência sistematizada, um sofrimento continuado e repetitivo. Garante-se a entrada, mas não a permanência delas, ou seja, faz-se de tudo para que desistam. Violenta e sistematicamente, o masculino questiona a competência, a habilidade, o comportamento, o dever e o direito do feminino que adentra o mundo das especialidades médicas. Com a autoestima destituída e a subjetividade colonizada, algumas passam a operar o patriarcado, na ânsia por dominar futuramente (Paulo *et al*, 2020; Ávila, 2014; Puga, 2009). Outras, tentam transgredir e são revitimizadas, como exemplifica o trecho narrado a seguir:

Eles dizem que é tudo igual. Na teoria, tudo igual; só que na prática a gente já viu, tipo situações, como por exemplo, teve um R1 que a R3 que deu uma ordem: vá fazer

*essa sutura. **Sutura é obrigação do R1**, está bem estabelecido para todo mundo. Ele falou: não, não vou! Se fosse um homem dando essa ordem pra ele, teria ido, mas como foi uma **R3 mulher**, ele não foi. Aí os chefes não se meteram também e falaram: isso é intriga dos dois, é caszinho, não sei o que, entendeu?! Se fosse um homem falando e o R1 não fosse, na mesma hora, iam falar o que? Que ele está doido! Pode ir agora. Entendeu?! Então a gente vê que tem um. Tem o diferencial por ser mulher. (RM 06, sexo feminino). Grifo nosso.*

Quando se analisa a narrativa de *RM 06*, fica bem compreensível as funções a serem desempenhadas pela/o residente, em cada ano da especialização; funções imputadas pelo sistema hierárquico culturalmente instituído nos programas de residência médica.

Desta maneira, a sutura é obrigação do residente que cursa o primeiro ano, o chamado R1. À medida que se ascende na residência, outras funções vão sendo atribuídas bem como o poder sobre as/os residentes. Assim, R3 manda no R2 e no R1, R2 manda no R1 e o R1 manda nos estagiários de medicina que cumprem estágio obrigatório alusivo à graduação. Todas/os são ordenadas/os pelos/as chefes/preceptores/as bem como por toda a equipe médica institucional. No entanto, quando uma médica residente R3 ordena que um médico R1 faça uma sutura, apesar de hierarquicamente ser vetado a não realização do procedimento, o fato da ordem partir de um médica na posição de R3, deixa R1 insatisfeito e à vontade para descumprir a ordem, uma vez que os próprios chefes/preceptores presentes, legitimaram o descumprimento, chegando ao absurdo de insinuar um provável relacionamento mais íntimo entre os dois, como motivador do descumprimento: “*isso é intriga dos dois, é caszinho*” (*RM 06*, sexo feminino). A justificativa machista e sexista adotada pela preceptoria médica, destituiu a mulher da função de R3, do direito preconizado hierarquicamente e reconduz a mulher à margem, o lugar de onde o feminino nunca deveria ter ousado sair. Desta forma, a revitimização acontece diante da constatação do não-lugar do feminino na residência médica e da criação de condições ainda maiores de hostilidade, alienação, isolamento e subalternização, contidas nos discursos e ações da preceptoria, que acabam por encorajar a dominação do masculino sobre o feminino, independentemente do ano cursado pelo residente médico.

Apesar de todo o machismo e sexismo legitimados pelos chefes e reafirmado pelos residentes médicos nos hospitais, as residentes médicas resistem ao patriarcado tentando **nunca** desistir da formação especializada conforme relata *RM 06* e *RM 07*:

*Então, mesmo com todos os problemas que eu já vivi aqui dentro, eu **nunca** pensei em desistir. Eu **nunca** pensei em largar isso aqui. Eu me vejo trabalhando com isso. Eu gosto do que eu faço. (RM 06, sexo feminino). Grifo nosso.*

*Eles falam a mulher é mais fraca, a mulher é cheia de frescura, então **nunca** quis dar, **nunca** quis dar razão pra ninguém reclamando de mim (RM 07, sexo feminino). Grifo nosso.*

Vistas como bruxas, vilãs, baderneiras, pecadoras e finalmente como feministas, as mulheres que tentam romper com a dominação patriarcal, passam a ser desvalorizadas, ignoradas, difamadas, desacreditadas, desprestigiadas. Oprimidas, permanecem à margem. Cotidianamente são revitimizadas. Nada obstante, as residentes médicas que ousaram erguer suas vozes contra a dominação sexista e machista no interior da residência médica e, que para esta tese, trouxeram histórias de violências sofridas e/ou testemunhadas, dia após dia, devem somar-se as milhares de mulheres brasileiras e no mundo, na luta contra o sistema patriarcal. Irmanadas precisam ser encorajadas a caminhar em prol da revolução feminista na construção de um outro mundo possível, no qual ser mulher não suscita ódio e desejo de dominação pelo masculino. Neste contexto, Hooks (2019b, p. 68) adverte que:

As mulheres são o grupo mais vitimado pela opressão sexista. Tal como outras formas de opressão de grupo, o sexismo é perpetuado por estruturas sociais e institucionais; por indivíduos que dominam, exploram ou oprimem; e pelas próprias vítimas, educadas socialmente para agir em cumplicidade com o status quo. A ideologia supremacista masculina encoraja a mulher a não enxergar nenhum valor em si mesma, a acreditar que ela só adquire algum valor por intermédio dos homens. Fomos ensinadas que nossas relações umas com as outras não nos enriquecem, mas, pelo contrário, deixam-nos ainda mais pobres. Fomos ensinadas que as mulheres são inimigas “naturais” umas das outras, que a solidariedade nunca irá existir entre nós porque não sabemos nem devemos nos unir. E essas lições foram muito bem aprendidas. Precisamos, por isso, desaprendê-las, caso queiramos construir um movimento feminista duradouro. Precisamos aprender a viver e trabalhar em solidariedade. Precisamos aprender o verdadeiro sentido e o verdadeiro valor da irmandade.

Para romper com o sistema patriarcado que opera nos programas de residência médica com rebatimento para a estrutura societária brasileira, no sentido de contribuir para a transformação social, é necessário construir uma pedagogia feminista revolucionária; pedagogia desatadora das amarras às formas tradicionais de ensino que reforçam a dominação.

Destarte, o que se busca nesta tese, é uma pedagogia que liberte homens e mulheres, independentemente de raça, religião, gênero, escolha sexual, idade e classe social, para o exercício do cuidado ético em saúde.

Cuidado que não se resume ao ser humano em condição de adoecimento, mas que engloba o cuidado de si e o cuidado no/com o mundo. Mundo que precisa ser constantemente repensado, por homens e mulheres, na ação com reflexão, mundo para o

esperançar de uma nova humanidade, mundo para vida e não para a morte. E, para isso, é necessário que os oprimidos libertem seus opressores.

Nessa luta, é essencial para a transformação dos papéis de gênero e da sociedade que o explorado e o oprimido falemos para e entre nós, mas é também essencial que nos dirijamos sem medo àqueles que nos exploram, oprimem e dominam. Se mulheres continuarem incapazes de falar com e sobre homens em uma voz feminista, então nossa contestação da dominação masculina em outras frentes está seriamente prejudicada (Hooks, 2019a, p. 265).

Sendo assim, as residentes médicas precisam se unir em prol da própria libertação em comunhão com a libertação dos médicos residentes e da preceptoria, se desejam alcançar a igualdade de gênero nos programas de residência médica. E quais os caminhos para se operar uma mudança nos programas de residência médica? É possível desaprender o machismo e o sexismo?

Fortuitamente a adoção da pedagogia crítica freireana nos processos de qualificação da preceptoria médica e da própria formação de especialistas médicas/os, possa acabar com toda e qualquer forma de dominação baseada na hierarquia de gênero, além de viabilizar a re-humanização da formação e da assistência médica, para um cuidado mais ético e menos mercadológico. Nas palavras de Streck et al (2019, p. 223-224):

Talvez a grande contribuição de Freire para o movimento feminista (e não somente para esse movimento) seja – o que Ira Shor já apontou no livro-diálogo – que a educação dialógica pode criar as condições para a emancipação das mulheres, na superação das relações sociais sexistas. Sendo assim, podemos concluir que o diálogo, inspirado num processo de conscientização das pessoas, pode ser uma importante ferramenta para o processo de libertação das mulheres, num movimento que inclua as escolas, e não apenas elas, mas toda a sociedade. Afirmamos que a obra de Freire ainda é inspiradora de uma nova sociedade que suplante as classes sociais e, também, as desigualdades entre homens e mulheres.

Para além da pedagogia de Paulo Freire, a pedagogia feminista e antirracista de Bell Hooks, nascida a partir do projeto político-pedagógico do educador brasileiro, ensina que é possível desconstruir hierarquias de gênero, raça e classe, quando se pratica uma educação como prática da liberdade. Para se aproximar do feminismo e, por conseguinte, acabar com o patriarcado, é preciso assumir, antes de qualquer coisa, que todas as pessoas, de algum modo e em algum tempo, participaram da disseminação do sexismo e do machismo. Essa conscientização altera a consciência e o coração até o desaparecimento de pensamentos machistas e sexistas, deixando nascer pensamentos e ações feministas. E nesse caminhar libertador, homens e mulheres estão lado a lado, desaprendendo o sexismo e o machismo. Desta maneira, “homens de todas as idades precisam de

ambientes em que sua resistência ao sexismo seja reafirmada e valorizada. Sem ter homens como aliados na luta, o movimento feminista não vai progredir (Hooks, 2023a p. 31).

Com a educação feminista para uma consciência crítica, a relação pedagógica preceptor/a-residente encharcada de perspectivas feministas, afirma “a primazia do pensamento crítico, da educação em conexão com a justiça social”, restitui integridade à formação de especialistas médicas/os e “assegura que preconceitos machistas não mais corrompam o conhecimento e o processo de aprendizagem” (Hooks, 2020, p. 148 e p. 149).

Para Hooks (2023a), a ideologia supremacista masculina encoraja a mulher a não enxergar nenhum valor em si mesma, a acreditar que ela só adquire algum valor por intermédio dos homens. Nesta lógica, a autora alega que tanto o machismo quanto o sexismo, são validados e perpetuados por estruturas sociais e institucionais, por indivíduos que dominam, exploram ou oprimem; e pelas próprias vítimas, educadas socialmente para agir em cumplicidade com o *status quo*; conseqüentemente, os ganhos feministas estão sempre em risco. Nas palavras de Hooks (2023a):

Entre homens e mulheres, o sexismo se expressa na maior parte das vezes na forma da dominação masculina, que por sua vez leva à discriminação, à exploração e à opressão. Entre as mulheres, os valores supremacistas masculinos se manifestam por meio de desconfiança, postura defensiva e atitude competitiva.

E anuncia:

Para acabar com o patriarcado (outra maneira de nomear o sexismo institucionalizado), precisamos deixar claro que todos nós participamos da disseminação do sexismo, até mudarmos a consciência e o coração; até desapegarmos de pensamentos e ações sexistas e substituí-los por pensamentos e ações feministas (Hooks, 2023a).

Neste contexto de profunda desumanização, a Pedagogia Engajada e Feminista da educadora e ativista negra Bell Hooks (2017), informa possibilidades para a transformação do ato educativo nos programas de residência médica. De acordo com Gomes e Faria (2021, p. 288):

Hooks (2013), assim como Paulo Freire, acredita na construção de uma educação humanista, antirracista, anti-homofóbica etc, que reconheça as especificidades do aluno, que quebre o silêncio, que garanta voz ao estudante, que seja capaz de estimular o senso crítico e que avance para uma prática que os liberte das opressões. Todavia, para que isso aconteça, é necessário que o professor se desfaça de modelos pedagógicos arcaicos, em que a relação professor/aluno é vista de forma vertical e hierárquica, e o aluno como um sujeito passivo e vazio de conhecimento.

Pautada na Pedagogia Crítica e Libertadora Freireana, Hooks (2021b) acredita na possibilidade do aprendizado de ideias libertadoras mesmo em um contexto criado para a socialização pelo viés da dominação e da aceitação do lugar de uma pessoa nas hierarquias de raça, sexo, religião, classe. Em artigo intitulado “bell hooks. Descolonizando la educación” Leal et al. (2022, p. 6) destacam que:

Com e para além de Freire, hooks delinea sua perspectiva educacional que envolve a defesa de que teorizar é um processo crítico que pode conduzir a uma mudança em um contexto prático, a um processo de “cura” individual e coletiva. Refletir e desenvolver um pensamento crítico acerca de nossas experiências vividas é, segundo hooks, essencial para a compreensão do que nos atravessa, nos machuca, situando o lugar a partir do qual podemos iniciar processos de “resgate” de nós mesmas, nós mesmos.

Sobremaneira, o projeto político pedagógico inspirado na Pedagogia Engajada tem potencial para convocar mulheres e homens à luta contra todas as formas de dominação e, em especial, contra o machismo e o sexismo tão presentes nos programas de residência médica. Nas palavras da autora, a pedagogia engajada:

Estabelece um relacionamento mútuo entre professor e estudantes que alimenta o crescimento de ambas as partes, criando uma atmosfera de confiança e compromisso que sempre está presente quando o aprendizado genuíno acontece. Ao expandir o coração e a mente, a pedagogia engajada nos torna aprendizes melhores, porque nos pede que acolhamos e exploremos juntos a prática do saber, que enxerguemos a inteligência como um recurso que pode fortalecer nosso bem comum (Hooks, 2020, p. 51).

Para transgredir o sistema opressor e inaugurar de fato uma educação libertadora nos programas de residência médica, a pedagogia crítica e engajada convoca (Hooks 2017; 2020):

- Ao entendimento de que se aprende melhor quando há interação entre preceptor/a e residentes;
- À participação mútua – de preceptores/as e residentes, porque é o movimento de ideias, trocadas entre todas as pessoas, que constrói um relacionamento de trabalho relevante entre os seres humanos, na sala de aula e fora dela;
- Os/as preceptores/as a descobrirem o que as/os residentes médicas/os sabem e o que precisam saber;
- Os/as preceptores/as a assumir um compromisso de autoatualização que promova se próprio bem-estar;

- Os/as preceptores/as a ressaltar a importância do pensamento crítico independente e pressupõe que toda e todo residente médica/o tem uma contribuição valiosa para o processo de aprendizagem;
- Os/as preceptores/as para criação e emprego de estratégias pedagógicas possibilitadoras de rupturas na ordem opressora estabelecida que promovam modos de aprender que desafiam a hegemonia da pedagogia do sofrimento;
- Os/as preceptores/as e os/as residentes médicos/as a ouvir uns aos outros e as vezes relacionar essas vozes com a própria experiência individual, tornando todas as pessoas envolvidas no processo educativo mais conscientes uma das outras;
- Os/as preceptores/as e os/as residentes médicos/as a partilhar e experiências e narrativas profissionais em sala de aula para o estabelecimento do compromisso comunitário com o aprendizado;
- Os/as preceptores/as e os/as residentes médicos/a ao reconhecimento de que os momentos narrativos são, em geral, o espaço onde se rompe o pressuposto de que todas as pessoas partilham as mesmas origens de classe e os mesmos pontos de vista;
- Os/as preceptores/as e os/as residentes médicos/as a criar comunidades pedagógicas, nas quais a voz de cada pessoa possa ser ouvida e a presença de cada uma possa ser reconhecida e valorizada, gerando pertencimento.

Nesta tese, trazer a perspectiva da pedagogia engajada e feminista da educadora Bell Hooks é apostar na criação de comunidades pedagógicas interculturais de resistência nos programas de residência médica, fundadas no diálogo, na alteridade, na amorosidade, na ética, na justiça social e na libertação. Nas comunidades pedagógicas de aprendizado para resistência contra todas as formas de dominação, todas e todos, preceptoras/es e residentes médicas/os, aprendem e ensinam para desconstruir a dominação e cultivar a esperança na capacidade que as pessoas têm de mudar.

Sendo assim, pensar os programas de residência na lógica da comunidade pedagógica é assumir a necessidade de: reconhecimento da capacidade de ser livre, de opinar, de optar e de criticar de todo ser humano; um ambiente de aprendizado no qual pessoas, culturas, saberes, experiências e visões de mundo são integradas, sem

parâmetros de hierarquia e com a valorização de todos os membros que formam a Comunidade (Bezerra et al, 2024).

6.3.2. Classe 2 – Relação pedagógica e humanização: críticas e contribuições para a formação do (a) residente médico (a)

A Classe 2 representa 23,1% dos ST e apresenta 10 palavras representativas (com maior frequência - f) e com maior força (teste qui quadrado $-X^2$): “preceptor” (22), “tempo” (21), “pessoa” (17), “difícil” (16), “diferente” (15), “relação” (12), “humano” (11), “teoria” (10), “período” (8), “ensino humanizado” (7).

Nesta classe, as palavras se correlacionam para informar as características da relação pedagógica preceptor – residente, marcadamente autoritária, antidialógica e desumana; raramente são presentes nos discursos, uma preocupação dos preceptores no cultivo de uma prática educativa e uma reflexão pedagógica menos autoritária, mais democrática, mais colaborativa e mais humana, no sentido da transformação do mundo (Freire, 2016; 2020b).

A prática educativa bancária se estende ao longo de todo processo educativo, sem estímulo à criatividade e à criticidade dos (as) residentes médicos (as). Existe um esforço dos preceptores em preservar situações de que são beneficiários. Não existe opção ética pelo humano apesar da realidade concreta do dia-a-dia nos hospitais fazer algumas exigências à sensibilidade e à competência técnico-científica de preceptores e de residentes.

A análise freireana sobre a formação técnica na perspectiva progressista, constata que:

Na perspectiva progressista, naturalmente, a formação técnica é também uma prioridade, mas, a seu lado, há outra prioridade que não pode ser posta à margem. O operário que está aprendendo, por exemplo, o ofício de torneiro, de mecânico, de pedreiro, de marceneiro, tem o direito e a necessidade de aprendê-lo tão melhor quanto possível, mas tem, igualmente, o direito de saber a razão de ser do próprio procedimento técnico. Tem o direito de conhecer as origens históricas da tecnologia, assim como o de tomá-la como objeto de sua curiosidade e refletir sobre o indiscutível avanço que ela implica, mas, também, sobre os riscos a que nos expõe e de que Neil Postman nos adverte em extraordinário e recente trabalho. Esta é, sem dúvida, não apenas uma questão profundamente atual, mas também vital de nosso tempo. E a classe trabalhadora não deve dela fazer parte simplesmente como o operário de Tempos modernos se viu às voltas com o ato de apertar parafusos, na produção em série, que Chaplin genialmente criticou (Freire, 2020b p. 183-184).

Em se tratando da formação de especialistas médicas/os, o SUS defende a adoção de uma pedagogia crítico-libertadora que permita a conscientização sobre o uso ou não

da técnica e da tecnologia, levando em consideração os princípios da não maleficência, da autonomia e da dignidade humana.

Para tanto, as/os operárias/os do cuidado em saúde, ao longo desta tese representados pela categoria médica, seja na condição de preceptor/a e/ou residente, não podem prescindir do direito de conhecer como funciona: o sistema patriarcado supremacista branco capitalista imperialista; a sociedade brasileira e mundial; a geografia e a geopolítica brasileira; a Constituição Federal; a história do setor saúde no Brasil; a história dos movimentos populares; o Sistema Único de Saúde, entre outros; conhecimentos que permitam compreender a trajetória da classe operária médica, conhecer seus direitos, seus deveres e as relações dialéticas com o mundo, com o pensamento, com as ideologias, com as culturas, com as classes sociais e com a educação (Freire, 2021a).

6.3.2.1. Residência médica: desumanização, formação prática, tecnicista e pedagogia do sofrimento

No entanto, a massa de operárias/os do cuidado médico especializado, sucumbe diante do poder opressor, passando a atuar como opressores, abolindo qualquer possibilidade de cuidado ético com a pessoa em situação de adoecimento como retrata *RM 03*:

A residência não torna o médico mais humano por causa do excesso de trabalho. Pra você ser humano, você tem que ter um tempo para aquele paciente. Não é só eu chegar - e aí, tudo bem? você já defecou? você já urinou? Como está a ferida? Caminhou, comeu? Está tudo certo? Tchau. (RM 03, sexo masculino).

O tempo exclusivo da prática, do trabalho e da educação sem significado, faz com que as/os operárias/os do cuidado em saúde, as/os preceptoras/es e residentes, trabalhem para o capital, para o mercado, como por exemplo, as indústrias farmacêuticas, de tecnologia de médica para diagnósticos e tratamentos.

A tecnologia passa a controlar os seres humanos e não ao contrário. Para a proteção da vida humana, urge colocar a tecnologia à serviço das pessoas (Freire, 2021a). E isto implica, em alterar o espaço educativo da residência médica, observando a legislação concernente, de forma a permitir a práxis, o estudo, a leitura, a escuta, o diálogo, a escolha, a vigilância ética, a crítica sobre e para o uso da tecnologia. Aqui a diretividade da prática educativa, assumidamente uma educação para a prática da liberdade, considera o tempo da teoria, o tempo da prática, o tempo da práxis, o tempo

para a leitura e pronúncia do mundo, o tempo para a pronúncia e para leitura da palavra. Por conseguinte,

“O “tempo de quefazer” não é o tempo do relógio, o *chronos*, mas o *kairós*, o tempo preenhe do novo que está nascendo. Ao mesmo tempo, considerando que homens e mulheres não existem fora da história, este novo não virá ao mundo sem a sua participação (Streck et al, 2019, p. 391).

Ao longo desse processo desumanizador de formação, que nesta tese ousa-se conceituar como “Pedagogia do Sofrimento”, é tarefa do preceptor/chefe: depositar conteúdo e modos de cuidar; colonizar o mundo, a vida e a subjetividade da/o residente; educar para o adestramento, para a adaptação ao mundo; humilhar; oprimir; discriminar; silenciar; desumanizar; alienar.

A pedagogia do sofrimento é, portanto, uma relação estética de dominação das pessoas, relação preceptor – residente, de invasão cultural do corpo, do mundo, da vida e da subjetividade. Trata-se de uma práxis da dominação, financiada com o dinheiro público, na qual todas/os as/os residentes médicas/os recebem bolsa e, em casos excepcionais, existem editais específicos – esferas municipal, estadual e/ou federal – para o pagamento de bolsas de preceptoria aos poucos selecionados.

Ao fim da especialização são entregues à sociedade brasileira, na maioria dos casos, médicas/os especialistas quietos, conformados, indiferentes e habilitados a repetir determinados comportamentos opressores, autômatos com alta eficácia técnica e ineficácia cidadã (Freire, 2020d). Estes autômatos serão, em grande parte, futuros opressores que alimentarão a lógica desumanizadora “padrão – ouro” nos programas de residência médica.

A preocupação com uma formação ética, crítica, libertadora, educação “entendida como uma forma de erguer resistências, mobilizá-las, uma encantaria implicada em contrariar toda e qualquer lógica de dominação” (Rufino, 2021, p.10), é questão frágil na agenda da educação médica. Prova disso é a nota publicada, no dia 26 de abril de 2024, pela Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), acerca do Decreto Nº 11.999 de 17 de abril de 2024 que estabelece mudanças na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O referido decreto aumenta a representação do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, diminuindo a participação das sociedades de especialidades médicas. sinalizando o esforço governamental de, mais uma vez, tentar induzir mudanças na educação médica, de forma a cumprir o Artigo 200 da Constituição Federal (Brasil, 1988), que define o SUS como responsável pelo ordenamento da formação de recursos humanos no país, ou seja, a formação de

especialistas deve atender às necessidades de saúde da população. Não cabe mais formar especialistas médicos com o dinheiro público, segundo a lógica do mercado neoliberal.

Na nota, o DENEM tece críticas à CNRM, afirmando que historicamente, a comissão tem sido usada por entidades médicas como espaço de defesa do corporativismo médico, protegendo as instituições em relação às suas responsabilidades com a médica e com o médico residente; além disso, segundo o DENEM, as/os residentes trabalham em condições sub-humanas, sofrendo abuso de seus preceptores, cumprindo carga horária que excedem as 60h regulamentadas por lei.

Para o DENEM a maioria das entidades médicas ocupam a CNRM por interesses de mercado, que é o que se tornou a educação médica como um todo – incluindo a residência:

Não isentando, porém, a responsabilidade do governo federal e a simbologia deste decreto; Sabemos que, apesar dos avanços com relação a possibilidade de diálogos das entidades de representação do setor médico e estudantil com o planalto, o atual governo (bem como os que o antecedem) se relaciona com os conglomerados empresariais da educação médica, fortalecendo a mercantilização da medicina, desvalorizando a qualidade do ensino e seu impacto à população e à classe trabalhadora, o que perpetua uma lógica de expansibilidade dessas corporações, pautada no lucro (DENEM, nota publicada no Instagram, em 26 de abril de 2024).

Por outro lado, entidades médicas como o Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Médica Brasileira (FMB), entre outras, repudiam mudanças na CNRM, alegando que o decreto desequilibra visivelmente a tomada de decisões em favor da gestão estatal em detrimento de posicionamentos técnicos e éticos apontados pelas entidades médicas (CFM, 2024).

Nessa peleja, tem sido construído nos programas de residência médica:

Uma espécie de antimundo, pois sua lógica está alicerçada em apresentar um modelo de existência somente possível em detrimento do desvio, da subordinação e da humilhação de tantas outras formas viventes. Para erguer catedrais se lançou mão de uma política de desencantamento, se firmaram contratos de subordinação e se mantêm até os dias de hoje agendas contrárias à vida (Rufino, 2021, p. 8).

A residência médica é um típico produto de exportação estadunidense, que chega ao Brasil para colonizar corpos e subjetividades, cumprindo os interesses da agenda neoliberal, na eterna lógica de “sangrar” o público para “alimentar” o privado. Há, por consequência, a colonização e desestruturação do SUS, que passa a operar num misto público-privado, com Organizações Sociais, terceirização e quarteirização – a chamada Privatização do SUS, sem de fato garantir o direito à saúde a população brasileira. Ou seja, a cultura e a lógica neoliberal estadunidense, são fundamentos incontestes do cuidado

médico-centrado, da educação médica e, por conseguinte, dos programas de residência médica. E, talvez aí, resida o empenho corporativo das sociedades e das instituições médicas, em dificultar e, até mesmo barrar, o ordenamento da formação médica pelo Estado Brasileiro, representado pelo Sistema Único de Saúde.

Sem preocupação com uma formação ética e crítica, sem metodologia de ensino e sem qualificação didático-pedagógica, a maioria das/os preceptores coordenam verdadeiras linhas de montagem de autômatos, especialistas médicas/os desumanizadas/os, a tão alardeada “Especialização Padrão-ouro” pelas entidades médicas e pela CNRM. Exemplos da atuação dos preceptores no tal “padrão-ouro” de formação, são relatados pelos participantes *RM 02* e *RM 07*:

O preceptor passa lá muito mais para saber se está todo mundo bem, se está algo fugindo do trilho (RM 02, sexo masculino). Grifo nosso.

Então acho que é isso, te impor aquela ideia, você fazer, e ele te coloca horários, que é muito difícil de cumprir, porque às vezes você está com preceptor X e o preceptor Y quer que você vá, para ajudar na cirurgia. Só que daí você fala: eu estava com preceptor X. E o preceptor Y fala: não me importa, quem manda sou eu! Quantas vezes eu não ouvi isso?! Quem manda sou eu. Seu chefe sou eu. Eu ainda não achei o papel do preceptor. (RM 07, sexo feminino). Grifo nosso.

Desta forma, as/os residentes atuam, corriqueiramente, desacompanhadas/os no cumprimento de rotinas determinadas, com imposição de ideias e modos de ser. O que está em jogo é o fazer, a execução dos procedimentos com maestria, destreza, sem uma preocupação ética com o ensino médico, com o cuidado prestado à sociedade brasileira, com a garantia do direito à saúde.

Essa formação excessivamente prática, transforma preceptores e residentes em funcionários da técnica, da tecnologia, da indústria farmacêutica, do mercado, do lucro; técnicas que não cumprem a função de transformar a sociedade pelo viés da alteridade, da ética, da amorosidade e da justiça social. Técnicas “depositadas” nas/os residentes mediante sofrimento de toda ordem, minimizando qualquer possibilidade de reflexão sobre o sentido da ciência (técnicas, procedimentos, uso de medicamentos), sobre o benefício que deve promover e do malefício que deve evitar na relação com o mundo (Santos, 2017).

Quando eu entrei, eu achava que era de professor, mas um professor mais relacionado com a faculdade, que traz uma carga de teoria muito grande. Mas é totalmente diferente a carga é mais prática. Então a teoria mais dele é prática. Então a gente espera mais que ele explique um pouco o procedimento. Nem todos os preceptores são capacitados para dar essa, essa teoria, essa prática para a gente; nem todo preceptor é qualificado para ensinar (RM 03, sexo masculino). Grifo nosso

Aprender a fazer uma apresentação, aprender a fazer uma aula. Eu acho que para ser preceptor nunca viram essa aula. Eles não sabem montar um slide, não sabe como abordar o residente, não sabem! Não tem um plano, assim, nossa, a gente vai fazer essa semana sobre a anatomia do membro superior, vamos ver e vamos pegar suas cirurgias. Somos nós que fazíamos o que a gente queria aprender, a gente que faz a aula. Então nunca! Não conheço o papel do preceptor, a não ser cobrar coisas que ele não te deu, como aprender. Não existe uma relação pedagógica, não! Na minha opinião, não! (RM 07, sexo feminino). Grifo nosso

Ao analisarmos as falas de RM 03 e RM 07, observa-se que o preceptor é essencialmente um ser da prática, do procedimento, que usa o poder e o medo, para alimentar constantemente o ego, nutrindo uma estética de dominação na relação preceptor-residente: “Quantas vezes eu não ouvi isso?! Quem manda sou eu. Seu chefe sou eu. Eu ainda não achei o papel do preceptor” (RM 07, sexo feminino). Sua postura autoritária, antidialógica e antiética, não condiz com o que se espera de educadores comprometidos radicalmente com a educação para a libertação, educação que, na área da saúde, implica um compromisso ético e político com todo e qualquer ser humano, com o SUS, de forma a honrar o direito constitucional à saúde.

A educação colonizadora, materializa-se através da pedagogia do sofrimento e garante a manutenção das estruturas de dominação:

A pedagogia colonial, republicana e moderna se constitui atrelada a esse sistema de classificação social e legitima as relações de poder-dominação/subalternização que lhe são constituintes dos padrões de apropriação – expropriação da terra, dos territórios, do padrão de trabalho escravo, explorador, alienante. Subalternização/inferiorização social, étnica, racial, cultural e pedagógica determinante do projeto pedagógico hegemônico aqui gestado para cada um desses coletivos na colonialidade e na pós-colonialidade republicana e democrática (Chacon, 2021, p. 127).

Todo o processo de formação de especialistas médicos foi culturalmente e pedagogicamente gestado para a dominação/subalternização. O conhecimento é repassado verticalmente, de cima para baixo, do preceptor para o residente.

A avaliação é unidirecional, do preceptor para o residente; sem indícios da adoção de critérios para a contratação de preceptores e nem de processos avaliativos da preceptoria.

Na lógica “bancária” e antidialógica da pedagogia do sofrimento, a avaliação do processo de ensino-aprendizagem dos residentes, atribui notas que servem, somente, a classificação e o acirramento da competição. Não há um acompanhamento, uma observação diária do processo de aprendizagem do residente. “Não tem um plano, assim, nossa, a gente vai fazer essa semana sobre a anatomia do membro superior, vamos ver e vamos pegar suas cirurgias”, “Não existe uma relação pedagógica, não!”, conforme

explicita *RM 07*. Na grande maioria dos casos, as/os residentes se “autoformam”: “Somos nós que fazíamos o que a gente queria aprender, a gente que faz a aula. Então nunca! Não conheço o papel do **preceptor, a não ser cobrar coisas que ele não te deu**, como aprender” (*RM 07*, sexo feminino). Grifo nosso

Os Residentes não são convidados para se autoavaliar, para avaliar a preceptoria e nem para avaliar os pares. É importante, lembrar, que a avaliação é inerente e indissociável do processo de ensino-aprendizagem enquanto concebida como problematização, questionamento e reflexão sobre a ação (Cavalcanti Neto; Aquino, 2009). Dito isto, a supremacia da carga horária prática em detrimento na teoria, dificulta a construção de espaços dialógicos para reflexão sobre o fazer e para a conscientização crítica dos futuros especialistas.

A pedagogia do sofrimento trabalha para extinguir a criatividade, a esperança, a amorosidade, o diálogo, a colaboração, a ética, a capacidade crítico-reflexiva, a tolerância, a solidariedade, a humanidade. Nela, qualquer avaliação para além da/o residente médica/o, surge como uma ameaça ao processo de colonização/desumanização, pois demandaria participação, abertura radical, diálogo, reflexão e ação.

Muitos preceptores, sem a adoção de critérios para a seleção e avaliação da preceptoria, não dispunham de habilidades básicas de comunicação, e, quando atuam, o fazem sem um plano de ensino, sem objetivos e sem estratégias educacionais facilitadoras da construção coletiva do conhecimento. Muitos executam rituais de controle, cuja essência é a dominação e o exercício injusto de poder, aprendidos à época que cursavam a residência (Hooks, 2017).

Os preceptores opressores de hoje, foram os residentes oprimidos no passado, como adverte *RM 04*: “Então, o processo de ensino é da formação do preceptor também” (*RM 04*, sexo masculino).

Nesse cenário de negação da vida humana, encontramos um sofrimento ético-político “gerado pela situação social de ser [o indivíduo] tratado como inferior, sem valor, apêndice inútil da sociedade e pelo impedimento de desenvolver, mesmo que uma pequena parte, o seu potencial humano” (Sawaia, 1999, p.9), que evidencia a necessidade e o dever de se lutar pelos princípios éticos mais fundamentais de respeito ao ser humano (Oliveira, 2003, p. 44).

6.3.2.2. Invasão cultural

Neste contexto de ensino desumanizado, grande parte da preceptoria médica no Brasil cumpre a função pré-determinada pelo sistema patriarcado capitalista imperialista de perpetuar a invasão cultural. Assim, o/a preceptor/a efetiva a invasão cultural quando

impõe outra visão de mundo e impede a criação e a expansão das manifestações culturais das/os residentes médicas/os, agora invadidas/os e dominadas/os. Sobre os mecanismos usados pela cultura invasora, Streck et al (2019, p. 279) observa:

Entendendo cultura como a maneira de viver de uma sociedade, que envolve as artes, as religiões, os costumes, as regras sociais, as tecnologias, linguagens e saberes que a estruturam, vale atentar para o fato de que todos esses traços da cultura invasora funcionam como mecanismos para a invasão cultural. Ao mesmo tempo, são esses traços que sofrem os processos de silenciamento, de apagamento na cultura dos invadidos. A cultura imposta não se efetiva apenas pelos termos que invadem o vocabulário dos invadidos, mas atinge as pessoas em cada detalhe de sua vida, pois se trata da imposição de todo um modo de vida.

Seguindo a lógica da invasão cultural freireana, a preceptoria médica desenvolve uma ação extensionista no setor saúde, seja público e/ou privado, levando aos residentes um conhecimento, uma técnica, para fazê-los mais ou menos semelhante a seu mundo. “Daí que, em seu “campo associativo”, o termo “extensão” se encontre em relação significativa com transmissão, mecanicismo, invasão cultural, manipulação, etc.” (Freire, 2017, p.20).

Enquanto extensão, o conhecimento, a técnica são depositados nos residentes pela preceptoria, numa prática mecânica desprovida de diálogo. Desta forma, o sujeito que estende é, enquanto ator, ativo, em face de “espectadores” em quem deposita o conteúdo que estende (Freire, 2017, p. 27).

Ao estender o conhecimento ao residente, a preceptoria médica substitui uma forma de conhecimento por outra. O conhecimento depositado, estendido torna-se estático (FIGURA 19).

FIGURA 19 – Preceptoria médica enquanto ação de estender conhecimento



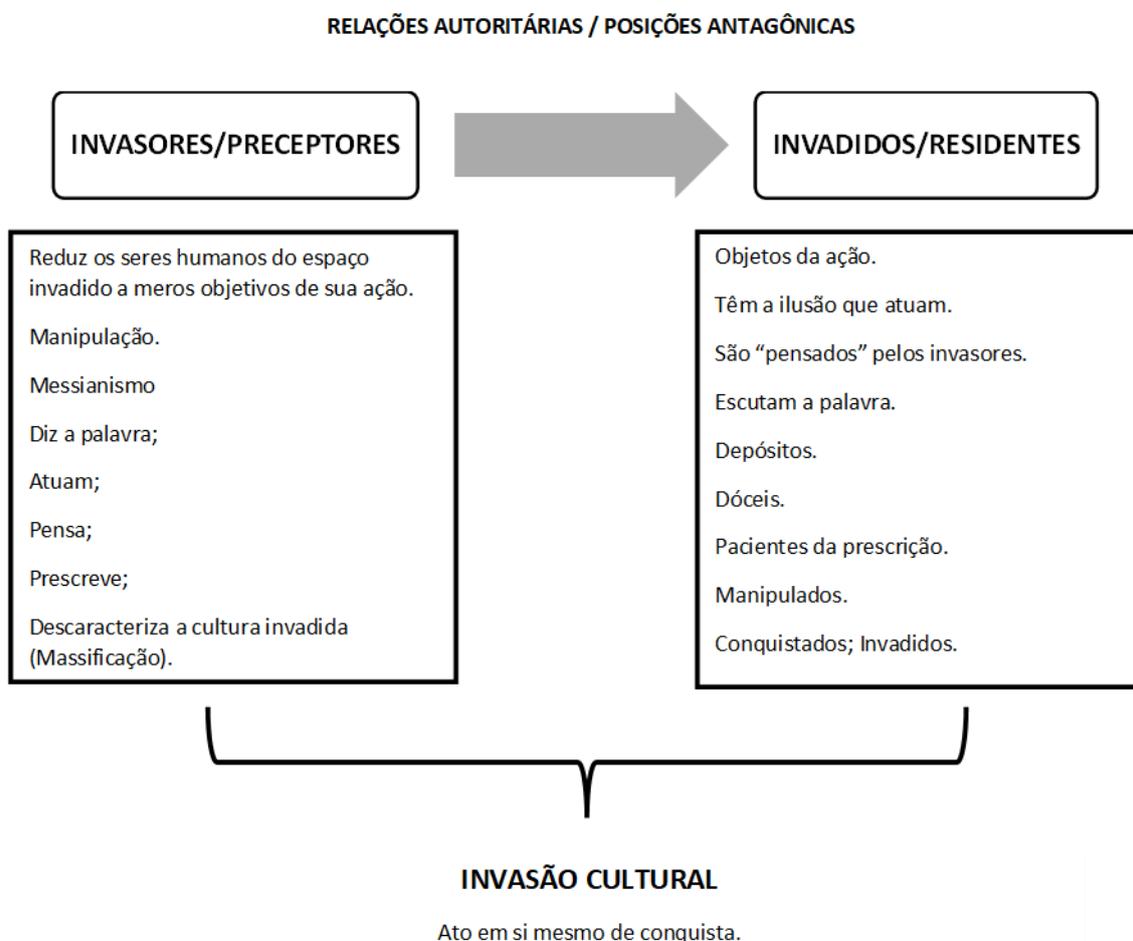
Fonte: Autoria própria com base na leitura de Freire (2017).

Nesta relação autoritária, o conhecimento do mundo é tomado como algo estático que deve ser estendido no intuito da adaptação do residente ao mundo do preceptor, do colonizador. Este conhecimento, por sua vez, desconhece a confrontação com o mundo e não se faz esperança para a libertação.

No processo desumanizador, preceptores e residentes assumem posições antagônicas: preceptores reduzem os residentes a meros objetos de suas ações, atuam, pensam, prescrevem, manipulam e descaracterizam as/os residentes; residentes passam a ser objetos da ação dos preceptores, escutam a palavra e são depósitos de conteúdo.

À medida que se realiza a conquista, a colonização, cumpre-se o objetivo: a invasão cultural (Figura 20).

FIGURA 20 – Relação preceptor – residente na perspectiva da invasão cultural freireana



Fonte: A autoria própria com base na leitura de Freire (2017).

Ao desrespeitar as/os residentes enquanto seres para a autonomia, para a criatividade, para a liberdade e para o Ser-Mais, a ação da preceptoria realiza a invasão cultural. Por consequência, “a invasão cultural, indiscutivelmente alienante, realizada maciamente ou não, é sempre uma violência ao ser da cultura invadida, que perde sua originalidade ou se vê ameaçado de perdê-la” (Freire, 2019c, p. 205).

Nesta marcha rumo à dominação e à desumanização, a/o residente percebe a realidade com a ótica do/a preceptor/a e não com a sua. Por fim, as/os residentes se assumem enquanto seres inferiores diante da superioridade das/os preceptoras/es. Assim, os valores da preceptoria médica passam a ser a pauta das/os residentes, ou seja, “quanto mais se acentua a invasão, alienando o ser da cultura e o ser dos invadidos, mais estes quererão parecer com aqueles: andar como aqueles, vestir à sua maneira, falar a seu modo” (Freire, 2019c, p. 206 – 207).

Destarte, pensar uma outra formação médica possível em harmonia com a concepção freireana de educação, é assumir que não se pode esperar resultados positivos de um programa educativo que se constitui enquanto processo de invasão cultural:

Por isto é que não podemos, a não ser ingenuamente, esperar resultados positivos de um programa, seja educativo num sentido mais técnico ou de ação política, se, desrespeitando a particular visão do mundo que tenha ou esteja tendo o povo, se constitui numa espécie de “invasão cultural”, ainda que feita com a melhor das intenções. Mas “invasão cultural” sempre (Freire, 2019c, p. 119).

Isto posto, constata-se que a formação médica especializada tem como princípio a invasão cultural, cumprindo a missão de extinguir a cultura, a criatividade, a esperança e a humanidade das/os residentes.

6.3.2.2. Formas de fazer preceptoria: pedagogia do sofrimento e pedagogia dialógica e crítica

Neste aspecto, a narrativa de *RM 06* distingue duas formas de se fazer preceptoria. A primeira segue a lógica da pedagogia do sofrimento e se caracteriza enquanto invasão cultural, enquanto a segunda, se aproxima da pedagogia crítica.

6.3.2.2.1. Pedagogia do sofrimento (refutada pelos residentes)

*Ontem a gente estava aqui tendo uma aula, aí o preceptor interrompia para fazer uma pergunta; quando a gente não sabe, alguma pergunta, ele fica assim: **vocês são muito burros**, não sei o quê. É sempre comentários depreciativos, entendeu?! Sempre, Sempre, sempre! **Ele sente prazer em ver o residente errar**. Ele não é aquela pessoa, aquele preceptor que fica feliz quando vê os alunos acertando. Aí, eu estava*

estressada na aula porque ele parava a aula para fazer umas perguntas assim, meio difíceis, com intuito de ver o residente errar e ficar fazendo piadinha, comentário depreciativo. Já hoje de manhã a gente teve uma outra aula, que o R1 ministrou também com outro preceptor. É completamente diferente. Ele vai fazer uma pergunta pra alguém, se a pessoa não sabe, ele passa para o próximo, ninguém sabe. Ele vai lá e explica, sabe? Fica um ambiente leve, tanto que a gente consegue sentir a diferença da aula. Ele sente prazer em ensinar para a gente; a gente sente prazer em falar com ele, fica uma discussão legal, ele vai, faz pergunta, aplica bem o tema, mostra pra gente porque é importante. E aí no final da aula fica - poxa gente, estudem mais isso. Ou então foi muito bom. Ele dá um feedback pra gente (RM 06, sexo feminino). Grifo nosso

No primeiro exemplo, fica evidente o desejo de dominar, de adestrar. Neste caso, faz parte da preceptoria a humilhação e a destruição da autoestima: “quando a gente não sabe, alguma pergunta, ele fica assim: vocês são muito burros, não sei o quê. É sempre comentários depreciativos, entendeu?! Sempre, Sempre, sempre! Ele sente prazer em ver o residente errar” (RM 06, sexo feminino).

O erro da/o residente é motivo de prazer para o preceptor, que se regozija com a humilhação e a domesticação, comportamento muito comum na pós-graduação:

Ao adentrarmos na pós-graduação, nos deparamos com alguns orientadores nutridos de “arrogância farisaica, malvada” (Freire, 2019b), produtos da razão instrumental-analítica, que se regozijam com a humilhação e a domesticação de seus orientandos. A esse respeito Freire (2019a, p. 64), discorre que “o sadismo aparece, assim, como uma das características da consciência opressora, na sua visão necrófila do mundo” (Oliveira et al, 2024, p. 364).

Ao utilizar a humilhação como arma de terrorismo psicológico, a atitude desumana do preceptor, mina a autoestima das/os residentes. E em pouco tempo, as/os residentes médicas/os destituídas/os de autoestima, perdem a esperança na capacidade transformadora da educação e por isso é imprescindível a vigilância crítica. “Com a vontade enfraquecida, a resistência frágil, a identidade posta em dúvida, a autoestima esfarrapada, não se pode lutar” (Freire, 2019b, p. 53).

Para a educadora Bell Hooks (2021a), o compartilhamento de experiências educacionais desumanizadoras, como a relata por RM 06, serve de alerta para a necessidade de uma vigilância crítica diante a subalternização das/os residentes médicas/os, situados nesta tese no contexto dos oprimidos freireanos (Oliveira, 2003), pois:

Ao compartilhar essas experiências, espero chamar atenção para a necessidade de uma vigilância crítica quando estudantes negros marginalizados (ou indivíduos marginalizados de qualquer grupo, isto é, um judeu em uma escola cristã, uma pessoa gay em um ambiente predominantemente heterossexual e heteronormativo) entram em ambientes que continuam sendo moldados pela política de dominação. Sem vigilância crítica, a humilhação como arma de terrorismo psicológico pode prejudicar uma autoestima frágil de modo irreparável. Autoestima não é preocupação exclusiva de pessoas negras ou

indivíduos de grupos marginalizados. Muitos professores e professoras que lecionam em faculdades e universidades têm uma autoestima deficitária mascarada pelo manto de poder e privilégio que a profissão lhes concede (Hooks, 2021b, p. 165).

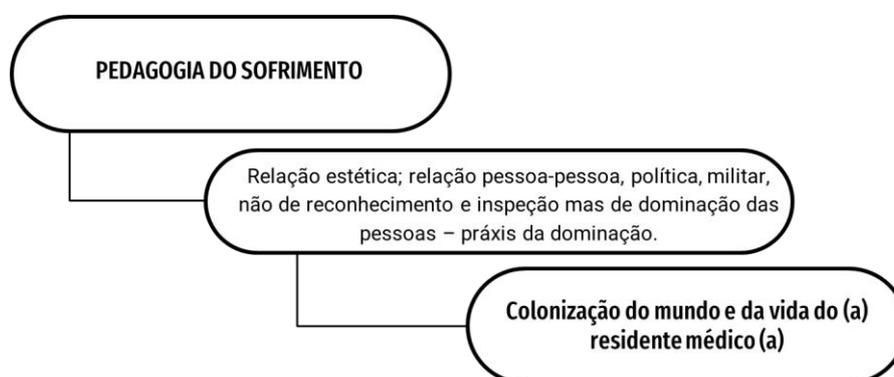
Na pedagogia do sofrimento há um ato desumano de preceptoria, no qual o preceptor atua como chefe, para a dominação, afirmando a impossibilidade de mudança: “Vocês são muito burros, não sei o quê. É sempre comentários depreciativos, entendeu?! Sempre, Sempre, sempre!” (RM 06, sexo feminino).

Ao afirmar a “burrice” das/os residentes, decreta-se a impossibilidade de mudança da realidade, sendo assim, resta as/aos especializadas/os médicas/os acomodar-se, deixar-se subjugar diante da impossibilidade de construção e aquisição de conhecimentos.

Oliveira (2003, p. 113) chama atenção que desde o ensino fundamental crianças vêm sendo rotuladas de «burras» e continuam sendo discriminadas na escola, por meio de práticas pedagógicas, que legitimam o discurso excludente de que o fracasso escolar é um fato psicológico, sendo culpa exclusivamente do/a aluno/a, seja por problemas individuais, por sua incapacidade em aprender ou pelo seu desinteresse pelos estudos, entre outros. A lógica é: “se essas crianças não conseguem aprender o que as outras crianças aprendem com facilidade na escola é porque a dificuldade está nelas”. E essa rotulação de “burro” interfere na construção da identidade da criança.

Observa-se na residência médica a manutenção desta lógica de exclusão e de desrespeito ao profissional em formação, cujas implicações psicológicas, muitas vezes apresentam como causas, o abandono da residência ou o adoecimento. Logo, a pedagogia do sofrimento consiste numa relação estética; relação pessoa-pessoa, política, militar, não de reconhecimento e inspeção, mas de dominação das pessoas – práxis da dominação (Dussel, 1993) conforme a figura 21.

FIGURA 21 – Pedagogia do sofrimento na residência médica



Fonte: Autoria própria com base na leitura de Dussel (1993).

Na pedagogia do sofrimento, o Preceptor/Chefe assume a condição de colonizador/opressor, situando-se enquanto sujeito ativo, prático que impõe sua “individualidade violenta” a outras pessoas, ao “outro”; domínio sistêmico. Na relação pedagógica colonizadora/opressora o residente passa a ser objetificado por meio do silenciamento do Eu, do encobrimento de sua cultura e de sua subjetividade, do esvaziamento de sua humanidade até a total desumanização.

Desumanizado, a/o residente passa a agir automaticamente (residente autômato), pedindo para que o tempo passe cada vez mais rápido. Quando completada a residência, tende a assumir a prática colonizadora/opressora aprendida. Seu trabalho então, será no sentido de fortalecer a estrutura opressora. Sistema opressor retroalimentado, cristaliza-se o mito do sofrimento como parte necessária ao processo de formação médica especializada.

As características e os aspectos indispensáveis para a efetivação da pedagogia do sofrimento, incluem: ação antidialógica; vigilância hierárquica, rituais de sofrimento e controle; invasão cultural; autoritarismo; excesso de carga horária prática; secundarização da teoria; dominação; alienação; acomodação/ajustamento ao mundo da opressão; cultura do silêncio; educação bancária; conquista; absolutização da ignorância discente; criação de mitos; manipulação; ausência de práxis (ação e reflexão); discriminação e desigualdade de gênero; e, dicotomia teoria – prática (Fig. 22).

FIGURA 22 – A estética da pedagogia do sofrimento



Fonte: Autoria própria com base na leitura de Freire (2019c) e Dussel (1993).

Nesta situação identifica-se um típico operador da concepção “bancária de educação”, capaz de reduzir a prática educativa ao treinamento técnico – científico das/os educandas/os; a educação é puro treino e não formação humana. Marcadamente não educativa, no contexto político pedagógico freireano, a prática exemplificada acima, carrega consigo algumas características a saber (Freire, 2019b).

- Preceptoras/es e residentes não atuam problematizando o mundo;
- A preceptoria apresenta uma realidade incontestável e um futuro inexorável;
- Existe uma compreensão mecanicista da história que leva necessariamente à morte ou a negação autoritária do sonho, da utopia, da esperança.
- A prática, o treino, tem como finalidade a adequação, acomodação, ou a pura adaptação à realidade;
- Nega-se a práxis – ação e reflexão;
- Preceptores e residentes são impedidos de exercer sua capacidade de pensar, de conjecturar, de comparar, de escolher, de decidir, de projetar, de sonhar;
- A ação política da preceptoria é reduzida à ação de viabilizar o já determinado, e perde o sentido da luta pela concretização de sonhos – Preceptor/a é testemunha fatalista da história;
- Não existe uma prática dialógica, com respeito às diferenças (culturais, de classe, de gênero, de raça, de crenças, por exemplo);
- Esgota-se a ética e a boniteza da presença no mundo.

6.3.2.2.2. Pedagogia humanizadora, dialógica e crítica (almejada pelos residentes)

Na contramão do primeiro exemplo de preceptoria, *RM 06* nos conta, seguidamente, sobre a experiência da construção coletiva do conhecimento mediada por uma preceptoria dialógica, solidária e colaborativa, na qual o preceptor assume um compromisso ético-político com as/os residentes, sendo destacado que uma aula dialógica, sem agressões, onde o professor tem prazer de ensinar consiste em uma boa aula.

Fica um ambiente leve, tanto que a gente consegue sentir a diferença da aula. Ele sente prazer em ensinar para a gente; a gente sente prazer em falar com ele, fica uma discussão legal (RM 06, sexo feminino).

Neste segundo exemplo, sobreluz a natureza formadora da docência, em conformidade com a pedagogia freireana, na qual:

A natureza formadora da docência, que não pode reduzir-se a puro processo técnico e mecânico de transferir conhecimentos, enfatiza a exigência ético-

democrática do respeito ao pensamento, aos gostos, aos receios, aos desejos, à curiosidade dos educandos. Respeito, contudo, que não pode eximir o educador, enquanto, autoridade, de exercer o direito de ter o dever de estabelecer limites, de propor tarefas, de cobrar a execução das mesmas. Limites sem os quais as liberdades correm o risco de perder-se em licenciosidade, da mesma forma como, sem limites, a autoridade se extravia e vira autoritarismo (Freire, 2020b, p. 46).

A prática educativa, consoante ao projeto pedagógico ético-político freireano, pressupõe a atuação política de educadoras e educadores, no sentido de afirmar uma educação crítico-libertadora comprometida com os oprimidos do mundo; uma educação engajada numa luta permanente pela superação de toda forma de exclusão, de opressão, de desumanização, de subalternização.

A humilhação desumaniza. Não há lugar melhor do que a sala de aula – ambientes em que convidamos os estudantes a abrir a mente e pensar para além de todas as fronteiras a fim de questionar, confrontar e superar o secreto trauma da vergonha. Fazemos isso ao colocar em ação políticas de afirmação em que a diferença é respeitada e todas as vozes são consideradas dignas. Como professores, podemos fazer da sala de aula um lugar onde ajudamos os estudantes a superar a vergonha. Podemos permitir a eles vivenciar sua vulnerabilidade em uma comunidade de aprendizagem que ousará apoiá-los se hesitarem ou falharem quando provocados por situações passadas de humilhação – uma comunidade que sempre os reconhecerá e os respeitará (HOOKS, 2021b, p. 170).

Sendo a prática educativa, reconhecidamente, uma atividade específica dos seres humanos, um fenômeno exclusivamente humano, Freire (2020) nos convida a compreendê-la criticamente.

Conforme o educador brasileiro, para uma prática ser de fato considerada educativa, deve-se atentar para a existência, simultânea, de uma prática social e uma prática histórica (Figura 23). Isso implica dizer que a prática educativa é essencialmente humana e carregada de historicidade; as relações humanas, os modos de ser no e com o mundo estão no cerne da prática educativa – educador e educando, preceptor e residente, pai e filho, homem e mulher, adulto e criança, etc.

Relações que tensionam o material herdado geneticamente e o adquirido no contexto social; seres humanos inseridos um contexto cultural e sócio-histórico, que precisam atuar no e com o mundo, reconhecendo-se, mutuamente, enquanto sujeitos ensinantes e aprendentes, tornando a prática educativa um processo dialógico fundado na ética da alteridade e da amorosidade e no uso da liberdade, que nos aponta a necessidade de optar pela democracia e pelo exercício de uma vigilância crítica sobre nossos discursos e ações:

Agora bem, a impossibilidade total de ser neutros em face do mundo, do futuro – que não entendo como um tempo inexorável, uma dado dado, mas como um

tempo a ser feito através da transformação do presente com que se vão encarnando sonhos -, nos coloca necessariamente o direito e o dever de nos posicionar como educadores. O dever de não nos omitir. O direito e o dever de viver a prática educativa em coerência com nossa opção política. Daí que, se a nossa é uma opção progressista, substantivamente democrática, devemos, respeitando o direito que têm os educandos de também optar e de aprender a optar, para o que precisam de liberdade, testemunhar-lhes a liberdade com que optamos (ou os obstáculos que tivemos para fazê-lo) e jamais tentar subrepticamente ou não lhes impor nossa Escolha (Freire, 2020b, p. 82).

FIGURA 23 – A prática educativa freireana



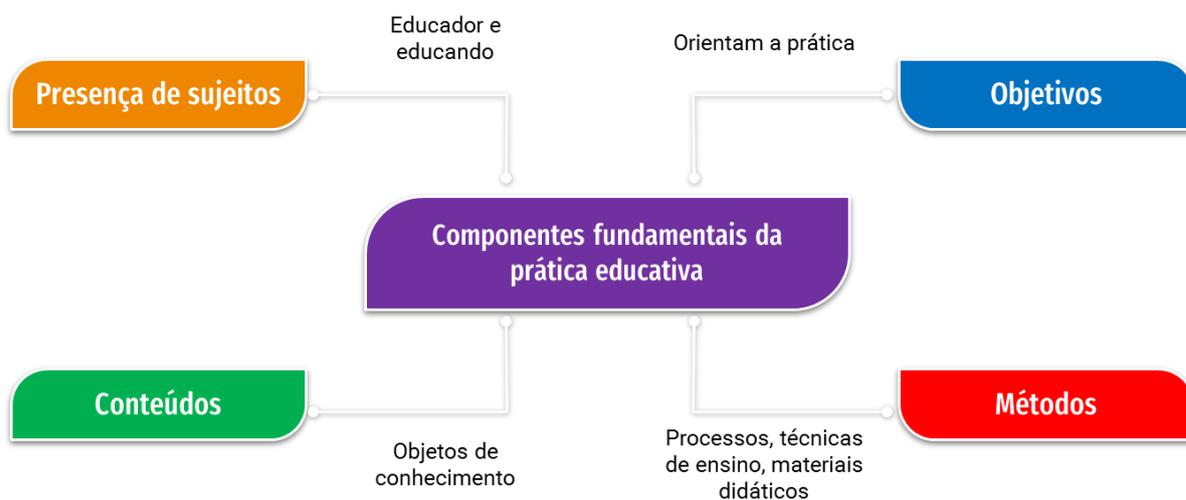
Fonte: Autoria própria, com base na leitura de Freire (2020 – educação e mudança).

No projeto político-pedagógico freireano, são 04 (quatro) os componentes fundamentais da prática educativa (figura 24): **presença de sujeitos** - o sujeito que, ensinando, aprende e o sujeito que, aprendendo, ensina (educador e educando); **conteúdos** - objetos de conhecimento a ser ensinados pelo professor (educador) e a ser apreendidos pelos alunos (educandos) para que possam aprendê-los, **objetivos** - mediatos e imediatos a que se destina ou se orienta a prática educativa; **métodos** - processos, técnicas de ensino, materiais didáticos, que devem estar em coerência com os objetivos, com a opção política, com a utopia, com o sonho de que o projeto pedagógico está impregnado. Consequentemente, não se pode falar em prática educativa na ausência de seus componentes fundamentais (Freire, 2020b, p. 80 - 81).

Para além dos componentes fundamentais, a prática educativa democrática e libertadora, exige eticidade dos sujeitos envolvidos no ato educativo, que precisam atuar com responsabilidade contra toda e qualquer prática autoritária e dominadora, pois “a educação para a libertação, responsável em face da radicalidade do ser humano, tem como imperativo ético a desocultação da verdade”. (Freire, 2020b, p. 108).

Desta forma, educadoras/es comprometidos com a luta pelo fim de toda forma de dominação, se inserem de forma crítica na realidade, para a superação da injustiça social, acreditando na possibilidade de construção coletiva de um outro futuro possível; a prática educativa democrática e libertadora concebe o futuro enquanto possibilidade, reconhecendo a dificuldade, mas não a impossibilidade da mudança, dando legitimidade do sonho ético -político da superação da realidade injusta, fundamentado na criticidade dos seres humanos, que refeitos e re-humanizados experimentarão plenamente a capacidade de comparar, de ajuizar, de escolher, de decidir, de romper (Freire, 2019 pedagogia da indignação). “Encarnada ou vivida por educadores e educadoras progressistas, coerentes, a educação como prática da liberdade é um *quefazer* necessariamente responsável” (Freire, 2020b, p. 110).

FIGURA 24 – Componentes fundamentais da prática educativa segundo Freire (2020)



Fonte: Autoria própria, com base na leitura de Freire (2020c).

Na pedagogia humanizadora, dialógica e crítica observa-se prazer no ato educativo, tornando leve e humanizado o processo formativo. Os componentes fundamentais da prática educativa são facilmente identificados neste segundo exemplo

de preceptoria: a presença de sujeitos, preceptor e residentes, que ensinam e aprendem, em diálogo – construção coletiva de conhecimento; conteúdos (temas da especialidade, técnicas e modos de cuidado) que precisam ser problematizados e criticamente aprendidos por preceptores e residentes; objetivo – formação humanizada, crítica e dialógica para a atuação dentro de uma especialidade médica; métodos – no caso aula expositiva ministrada pelo residente R1 juntamente com o professor, problematização e feedback avaliativo.

Enquanto prática educativa, a ação pedagógica e dialógica da/o preceptor denota uma ação política comprometida com a transformação da realidade. Não existe licenciosidade e nem autoritarismo na prática educativa. Aqui todas e todos são sujeitos do processo educativo, à medida que se reconhecem como seres do e para o aprendizado, seres ensinantes e aprendentes, que se humanizam em relação; são seres humanos, capazes de optar, escolher e pronunciar a palavra. Existe troca de saberes e construção coletiva de conhecimento. A vida, o mundo, é apresentado enquanto possibilidade. Não há direcionalidade e nem hierarquia do conhecimento. Não se afirma a impossibilidade de aprendizado, pois na preceptoria como prática educativa, as/os residentes médicas/os são capazes de perceber, “em termos críticos, o sentido do saber enquanto uma busca permanente” (Freire, 2017, p. 66 extensão ou comunicação).

A Resolução CNRM N° 16, de 30 de setembro de 2022, normatizadora da estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica (COREMEs) nas instituições de saúde que oferecem os Programas de Residência Médica (PRMs) define a preceptoria como um conjunto de atividades do médico preceptor com especialidade reconhecida pela CNRM que tem o compromisso da formação do médico residente na referida especialidade, caracterizados por treinamento em serviço e atividades teórico-complementares, relacionada à sua área de conhecimento e atuando junto ao médico residente nos cenários de prática assistenciais (BRASIL, 2022).

Na mesma resolução, o (a) preceptor (a) de Programa de Residência Médica é reconhecidamente o (a) médico (a) com especialização reconhecida pela CNRM, que atua na orientação direta junto às atividades teórico-práticas dos médicos residentes. Exige-se do (a) preceptor (a) elevada qualificação ética e profissional para o ensino, orientação, acompanhamento, supervisão e avaliação dos residentes médicos. O (a) preceptor (a) atua como mediador (a) no processo de ensino aprendizagem; processo caracterizado por treinamento em serviço e atividades teórico complementares nos diversos cenários de prática, baseado na aquisição de competências, traduzidas como conhecimentos, atitudes

e habilidades técnicas relacionadas ao Programa de Residência Médica de determinada área (Brasil, 2022).

Ao regulamentar a preceptoría no âmbito da residência médica, o CNRM informa a obrigatoriedade do planejamento e da execução de atividades de ensino em serviço e teórico-práticas complementares direcionados à aquisição de competências exigidas para cada especialidade.

Nesse contexto, destina-se ao (a) preceptor (a) a tarefa de supervisionar tanto as atividades práticas quanto as atividades teórico-práticas de ensino no sentido de formar especialistas humanizados, éticos, críticos e reflexivos, com competência para o cuidado integral do humano no SUS e senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Com isso, espera-se que o (a) preceptor (a) tenha competência técnica e didático-pedagógica para exercer a função de educador (a). Aqui o sentido da palavra “educador” (“educadora”) se aproxima ao projeto político pedagógico freireano, no qual o (a) educador (a) é aquele que cria oportunidades para o aprendizado mútuo unindo seu esforço ao do educando na práxis – ação e reflexão – para a construção do pensamento crítico e humanização recíproca.

A prática educativa do preceptor, enquanto ação ética e política, considera o tempo do diálogo, da troca de saberes de experiência feita, da problematização. Incontestemente, a ação educativa democrática e crítica, proporciona, através da relação dialógica preceptor/a-residente, a organização de um pensamento concreto em ambos. “E ser dialógico para o humanismo verdadeiro, não é dizer-se descomprometidamente dialógico; é vivenciar o diálogo. Ser dialógico é não invadir, é não manipular, é não “sloganizar”. Ser dialógico é empenhar-se na transformação constante da realidade” (Freire, 2017, p. 51).

Logo, para se formar especialistas humanizados, a preceptoría nos programas de residência médica não pode abdicar da dialógica pois:

Rejeitar, em qualquer nível, a problematização dialógica é insistir num injustificável pessimismo em relação aos homens [seres humanos] e à vida. É cair na prática depositante de um falso saber que, anestesiando o espírito crítico, serve à “domesticação”, dos homens [seres humanos] e instrumentaliza a invasão cultural (Freire, 2017, p. 71).

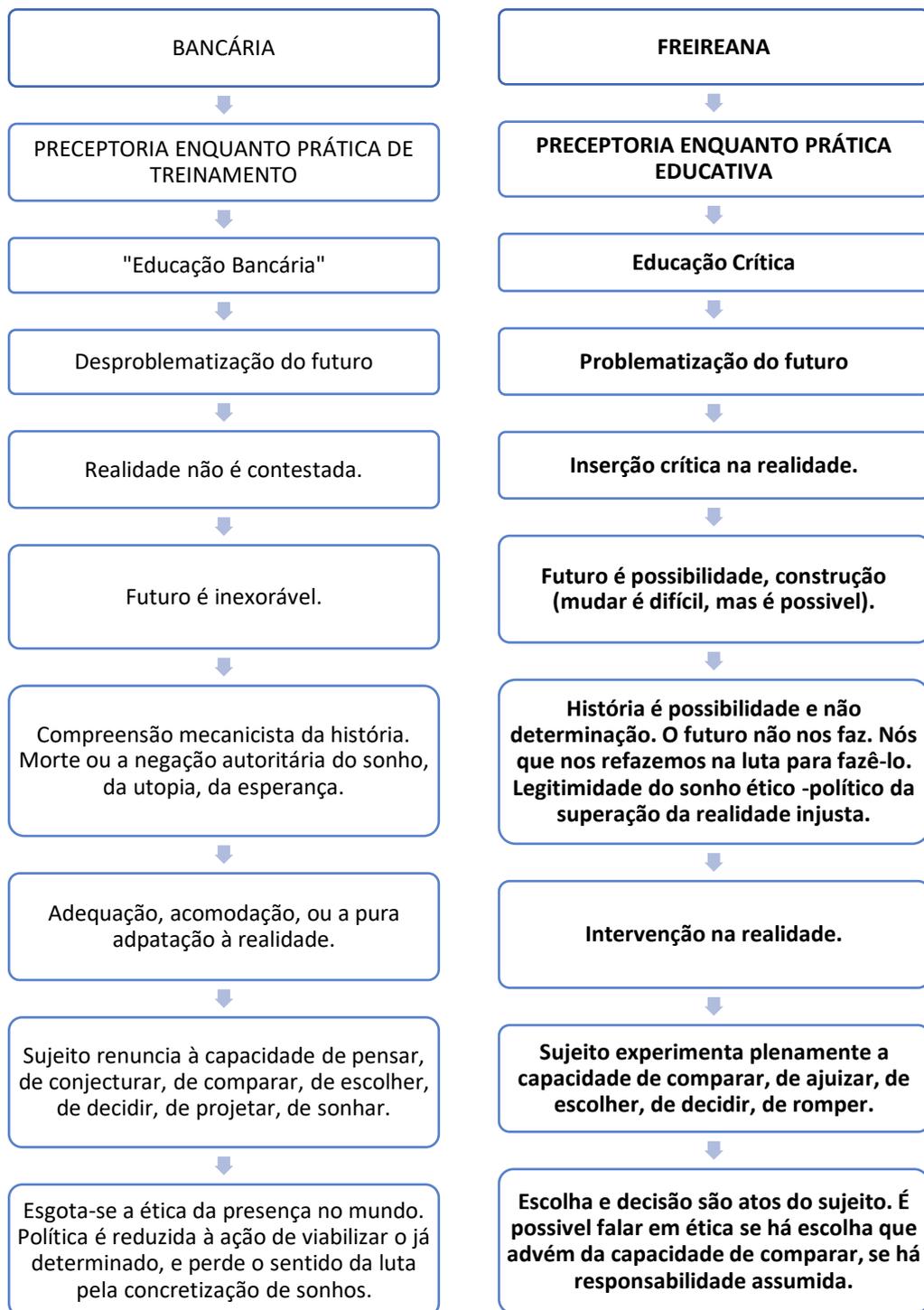
Neste cenário, a **preceptoría enquanto prática de treinamento**, fundamenta-se na “educação bancária”, contempla a prescrição de técnicas e procedimentos, subtrai a crítica, nega a práxis dialógica, numa lógica unidirecional e hierarquizada de aquisição

de conhecimento. Por outro lado, a **preceptoría enquanto prática educativa**, afirma a politicidade do ato educativo, ao comprometer-se com a libertação dos seres humanos por intermédio da problematização dialógica da realidade; objetiva a inserção crítica da/o residente no e com o mundo, rompendo com a lógica colonizadora de formação médica e anunciando outra formação médica possível, sob o *ethos* da ética e da alteridade. Por isto, afirma-se que “a primeira nega o diálogo, enquanto a segunda tem nele o selo do ato cognoscente, desvelador da realidade. A primeira “assistencializa”; a segunda, criticiza” (Freire, 2019c, p. 101).

Na perspectiva freireana, a **preceptoría enquanto prática educativa** legitima os seres humanos enquanto seres do *quefazer* (Freire, 2019c), porque seu fazer é ação e reflexão, é práxis, é teoria e prática, é transformação do mundo. “É o quefazer da práxis transformadora, fundado na postura ética-humanizadora, que nos remete para a necessária intervenção no mundo no âmbito de nossa ação enquanto educadores e cidadãos inseridos em um contexto social concreto” (Streck et al., 2015, p. 674).

Na figura 25, esquematiza-se as características da **preceptoría enquanto prática educativa**, que são (Freire, 2019 b): educação crítica; problematização do futuro; inserção crítica na realidade; futuro é possibilidade, construção (mudar é difícil, mas é possível); história é possibilidade e não determinação; o futuro não nos faz; nós que nos refazemos na luta para fazê-lo; legitimidade do sonho ético -político da superação da realidade injusta; intervenção na realidade; sujeito experimenta plenamente a capacidade de comparar, de ajuizar, de escolher, de decidir, de romper; escolha e decisão são atos do sujeito; é possível falar em ética se há escolha que advém da capacidade de comparar, se há responsabilidade assumida.

FIGURA 25 – Tipos de preceptoria médica a partir do projeto político-pedagógico: a bancária e a freireana



Fonte: Autoria própria a partir da leitura de Freire (2019b).

6.3.2.2.3. Formação do preceptor

Para o exercício da preceptoria médica como prática educativa, faz-se necessário formar-se educador. Sobre a necessidade de qualificação da preceptoria para a docência, as/os participantes da pesquisa problematizam:

*Nem todo **preceptor** é qualificado para ensinar (RM 03, sexo masculino). Grifo nosso*

*Nesse ponto, seria um ponto importante para a residência, **o profissional médico se preparar de fato para docência, para ensinar, não só para essa parte técnica dele.** Seria um bom pré-requisito para ser **preceptor** da residência. Acho que muitos já seriam cortados ali porque não tem essa vontade de **ensinar** (RM 06, sexo feminino). Grifo nosso*

*Aprender a fazer uma apresentação, aprender a fazer uma aula. Eu acho que para ser **preceptor** nunca viram essa aula. **Eles não sabem montar um slide, não sabe como abordar o residente, não sabem!** (RM 07, sexo feminino). Grifo nosso*

Nos trechos acima, a questão da qualificação para a docência, para a preceptoria, é reiteradamente anunciada como necessária. Questionam-se as habilidades para o ensino teórico e/ou prático, para o planejamento de uma aula, para a metodologia de ensino e até mesmo para o trato com as/os residentes médicas/os.

Entretanto, outras questões também precisam ser problematizadas, entre elas: Como ser preceptor médico, como ser preceptora médica, sem a vontade de ensinar? Será que de fato, as competências didático-pedagógicas são consideradas nos processos de seleção para a preceptoria médica? Como qualificar as/os preceptoras/es médicas/os para a preceptoria enquanto prática educativa para a transformação da realidade?

De fato, são problemáticas que precisam ser superadas se a intencionalidade é anunciar uma outra formação de especialistas médicas/os possível, uma formação outra, capaz de romper com as atuais estruturas de poder que conformam o atual modelo de adestramento, de desumanização, de deformação médica, assentado na Pedagogia do Sofrimento, alvo da crítica tecida ao longo desta tese.

Um dos fatores que pode explicar o descolamento da formação médica da real necessidade da população brasileira e que, atualmente, se constitui como um dos maiores desafios para a saúde pública, é a permanência do paradigma da especialização da medicina e sua influência na formação médica (Santini; Bulcão, 2024).

Fundamentalmente não se fará nada de novo apenas com a crítica; nem tampouco com a implantação de novas tecnologias: novas relações deverão ser estabelecidas, que indiquem esperanças e possibilidades de transformação e libertação através do comprometimento e da luta radical. Essa perspectiva indica a necessidade de mudança na postura epistemológica dos intelectuais da

educação e superação dos modelos mecanicistas de análise da realidade social (Streck, et al., 1999, p. 12).

Tendo como de partida a criação e consolidação do SUS no território brasileiro, em 1990, a realidade sanitária e a nova lógica de cuidado em saúde, exigiu uma reorientação da prática médica, no sentido de reafirmar um modelo assistencial que tivesse a atenção primária como base. Da graduação à residência médica, o discurso era pela defesa de uma formação médica encharcada de compromisso social, no intuito de entregar a sociedade graduados e especialistas médicos capazes de atuar com competência e resolutividade no SUS (Romão et al, 2022; Ribeiro, 2022). Contudo:

Acreditou-se que mudando a assistência, automaticamente as características da formação também mudariam. Pois, fatalmente, todos teriam que trabalhar na assistência modificada. Isso nunca aconteceu. O jovem estudante de medicina está preocupado com a construção de uma carreira médica lucrativa, ninguém pensa no SUS. A reforma nunca pensou que as duas coisas deveriam andar juntas, novo modelo e nova formação (Santini; Bulcão, 2024, p. 283).

Sem a existência de diálogo entre o ensino e a saúde pública, decreta-se o divórcio entre teoria e prática. Neste caminhar, intencionalmente desatento, a educação médica se afasta cotidianamente do compromisso social, aspecto relevante para uma prática educativa crítica-dialógica, com vistas à transformação social.

A lógica da formação tecnicista conduz a todas e a todos para atuar com o uso de novas e avançadas tecnologias e a educação médica perde o aspecto do outro, da alteridade, da humanidade, da ética (Santini; Bulcão, 2024).

Ao longo dos últimos anos, as avaliações das escolas médicas através do Exame Nacional de Cursos (Provão) têm revelado muitos problemas nas faculdades de medicina: professores com qualificação questionável, inexistência de pesquisa científica, divórcio entre teoria e prática, currículos ultrapassados e muito uso de tecnologia. O quadro do ensino médico, que já apresentava todos esses problemas, ganhou novos desafios com a pandemia. A profusão de aulas on-line, altamente rentáveis para o setor privado, trouxe algo nunca visto antes: jovens estudantes que aprendem medicina sem ter a experiência clínica. O mais importante, no entanto, é discutir o currículo médico. Até quando o Brasil seguirá formando médicos que se sentem desvinculados da realidade social do país? Isso é interessante para a nação? A sociedade brasileira deveria discutir essa questão. Um debate amplo que não ficasse restrito aos professores das faculdades de medicina ou entidades profissionais. Parece claro que, do jeito como está organizado, o ensino médico serve a grandes interesses de pequenos grupos (Santini; Bulcão, 2024, p. 284-285).

Percebe-se que a formação médica permanece quase intocada pelo SUS. As sociedades de especialidades e as demais corporações médicas atuam no sentido de erradicar dos currículos da graduação em medicina e dos programas de residência médica,

a questão da formação segundo o paradigma da integralidade da assistência preconizado pelo SUS enquanto ordenador da formação em saúde, que orienta para (Lampert, 2009):

- Um processo de ensino-aprendizagem mais centrado no educando e em seu papel ativo na própria formação;
- Articulação teoria-prática, onde o ensino acontece no SUS, em graus crescentes de complexidade, voltado para as necessidades básicas de saúde, tendo por base uma visão intersetorial de seus determinantes e da importância das referências e contrarreferências entre os níveis de atenção à saúde;
- Capacitação docente voltar-se tanto para a competência técnico-científica quanto para a competência didático-pedagógica, e para a participação e comprometimento no sistema público de saúde (isso se refere à formação e reciclagem dos profissionais médicos, assim como à formulação e avaliação das políticas, dos serviços e do próprio sistema);
- O acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico estar orientado pela reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas.

Isto posto, nota-se que o SUS, apesar de reiteradamente, provocar o diálogo intersetorial e interinstitucional, o caráter tecnicista, especializado, elitista, machista e desumanizador, continua a ser o principal orientador da educação médica e da formação de especialistas. Logo, a força de trabalho médica formatada nesta lógica, tende a assumir a educação enquanto treinamento, perpetuando práticas desumanas de formação nos programas de residência.

Entretanto, para não incorrer no discurso fatalista e desesperançoso, é preciso admitir que todo sistema, por mais opressor que seja, tem brechas. Exemplo disso, é a já citada atitude do preceptor médico que, em oposição ao sistema opressor hegemônico, ensina de forma ético-libertadora, cria pontes entre as diferenças, dialoga criticamente e rompe com a dominação dos residentes.

Nas palavras de Freire (2013, p. 200 – 201):

A educação libertadora opõe-se à dominação pela iluminação da realidade, mostrando o que ela realmente é – uma cultura de dominação na qual as pessoas têm o poder de enfrentar a manipulação. Isso estimula as pessoas a saberem o que é escondido de nós e de que modo nós cooperamos na negação da nossa própria liberdade. Uma aula libertadora também pode desvendar os limites da dominação numa sociedade em que o sistema parece invulnerável.

A atitude do preceptor dialógico e humanizador precisa ser transformada de práticas isoladas, para uma política de formação, que atenda tanto aos anseios dos residentes, como às necessidades da população de ser atendida por médicos mais afetivos e humanos.

Para iluminar ainda mais o caminho rumo à libertação nos programas de residência médica, de forma a transformá-los em comunidades pedagógicas de resistência contra todas as formas de dominação geradoras de sofrimento, faz-se necessário que a preceptoria médica adote práticas democráticas e críticas de ensino. No livro “Ensinando Comunidade: uma pedagogia da esperança”, e mais precisamente no Ensino 4, intitulado “Educação Democrática”, a educadora Bell Hooks (2021b) apresenta ações concernentes às educadoras e aos educadores que anseiam ser democráticas/os, entre as quais sobressaem:

- Compreender o conhecimento como experiência que enriquece a vida integralmente;
- Criar uma atmosfera prazerosa na prática da sala de aula;
- Incorporar práticas de ensino que honram a diversidade;
- Valorizar a diversidade da linguagem;
- Abraçar uma lógica inclusiva e reconhecer o limite do seu conhecimento;
- Usar a lógica inclusiva “ambos/e” na sala de aula e fora dela;
- Assumir a tarefa de abrir o espaço da aprendizagem para que ele possa ser mais inclusivo;
- Vivenciar a aprendizagem como um processo completo e não como uma prática restrita que desconecta e aliena do mundo;
- Conversar para compartilhar informações e trocar ideias, tanto dentro como fora do ambiente escolar e/ou acadêmico;
- Fazer do diálogo o espaço central da pedagogia;
- Trabalhar para encontrar maneiras de ensinar e compartilhar conhecimento de modo a não reforçar estruturas existentes de dominação;
- Valorizar o aprendizado como fim em si, e não como meio de atingir outro objetivo, mobilidade social, poder, status;
- Deslocar pelo mundo compartilhando conhecimento;
- Ensinar para além da sala de aula;
- Não se envolver em formas de cisão patológica socialmente aceitas;
- Assumir uma prática vigilante;

- Ensinar e agir eticamente;
- Enxergar ensino e aprendizagem como constantes;
- Desenvolver o pensamento crítico;
- Comprometer-se com a “abertura radical” com disposição para explorar diferentes perspectivas e mudar a mente conforme novas ideias são apresentadas;
- Criar comunidades pedagógicas de aprendizagem.

Dessa forma, compete as preceptoras e aos preceptores nos programas de residência médica: alimentar o diálogo, adotar uma lógica de construção coletiva do conhecimento, usar a lógica inclusiva “ambos/e”, zelar pelo crescimento pessoal e espiritual e testemunhar a importância da narrativa, da escuta, do compartilhamento de histórias, como possibilidades para articulação teoria e prática, de forma a construir um pensamento crítico (Hooks, 2021b).

6.3.3. Classe 3 – Da escolha ao ingresso: as expectativas dos residentes médicos quanto à residência médica

A Classe 3 representa 20,4% dos ST, as palavras mais representativas foram “Especialidade”, “Residência”, “Médico”, “Parte”, “Faculdade” e “Mercado de Trabalho”.

O Conteúdo dessa classe diz respeito às expectativas das/os residentes sobre o processo de transição da graduação para a residência médica, sendo esta possibilitadora da aquisição de uma especialidade que confere lugar no mercado de trabalho e reconhecimento diante da categoria médica.

*É para ter um diferencial no **mercado de trabalho** basicamente assim ter um destaque, diferencial, tem muito médico novo se formando né. É isso, ter mais de **qualidade** de vida no futuro (RM 01, Sexo feminino).*

*E assim, muito pela visão de **mercado de trabalho**. Então, hoje em dia, muitos médicos estão se formando; e se você não se especializa, você acaba ficando num balaio que todo mundo é igual, então você acaba não sendo valorizado. (RM 02, Sexo masculino).*

*A questão mais foi **mercado**. Pesquisa de mercado. Vi que o mercado, querendo ou não, tinha muita gente formando. E eu vi que quanto mais você estuda, melhor fica para você se encaixar bem no **mercado de trabalho**. Então, as especialidades dão vantagem para o médico ficar num grupo menor e o mercado mais amplo (RM 03, Sexo masculino).*

*Eu escolhi fazer **residência** para ter uma **especialidade** para aprender sobre a **especialidade** (RM 07, Sexo feminino).*

As falas de *RM 01*, *RM 02*, *RM 03* e *RM 07* informam que a busca por um programa de residência médica após o término da graduação deve-se, em grande parte a possibilidade de ganhos financeiros e assim poder garantir um futuro com mais qualidade de vida e estabilidade financeira, sem a necessidade gastar horas de vida em rotinas extenuantes e em plantões. Ao adentrar em um grupo de especialistas, as vantagens referem-se principalmente aos ganhos financeiros e ao reconhecimento por parte da categoria médica. Neste sentido, Santos et al (2021, p. 4) referem que:

Na profissão médica a linha de carreira é bem sequenciada: fase pré-médica, estudante de medicina, estagiário, residente, médico praticante e especialista (Cruess, Cruess, Boudreau, Snell, & Steinert, 2015; Hughes, 1958). Os caminhos percorridos envolvem muitos riscos, pois contêm um conjunto de projeções de si mesmo no futuro, e a mudança de uma atividade para outra implica a possibilidade da perda de habilidades, podendo provocar ansiedade nos indivíduos, e, conseqüentemente, possibilitando ponderações na escolha de suas linhas de carreira (Hughes, 1958).

De fato, a especialidade médica é etapa relevante na carreira médica. No último ano do curso de graduação em medicina, a expectativa por cursar uma especialidade costuma ser a principal preocupação das/os futuras/os médicas/os. Nesta etapa formativa, frequenta-se, em alguns casos, cursos preparatórios para as provas de residência; geralmente as provas, costumam acontecer entre os meses de novembro a dezembro, concorrendo muitas vezes com as cerimônias de graduação em medicina. Assim, a/o médica/o pode iniciar um PRM logo após a graduação, conforme os dados obtidos no estudo intitulado “Demografia Médica no Brasil 2023”:

A maioria (58%) dos médicos que ingressou pela primeira vez em uma RM o fez imediatamente após a conclusão da graduação, ou em até um ano depois de formados (Figura 4). Já 20,5% iniciaram a RM até dois anos depois da graduação; 10,6% após três anos; e cerca de 11% levaram mais de três anos, depois do término da graduação, para iniciar a RM (Scheffer et al, 2023, p. 149).

Dentre os motivos de escolha da especialidade, Scheffer et al (2023) revelam ser a escolha um processo multifatorial, determinado por: oferta de vagas de PRM; motivações pessoais; influência da graduação; oportunidades de trabalho e remuneração; possibilidade de relacionamento/convívio com médicos da especialidade pretendida; prestígio da instituição que mantém o PRM, para citar os mais relevantes. Por outro lado, existem outros motivos elencados parecem ser menos determinantes na escolha da especialidade, como por exemplo, dificuldade para ingressar em um PRM, influência de médico especialista na família e conselhos ou influência, de amigos ou professores.

No processo de escolha até o ingresso, a/o residente almeja uma formação médica especializada que garanta o desenvolvimento de uma prática cirúrgica, mediante a

aquisição de certas habilidades. Por esta razão, a busca por uma especialidade que possibilite a prática da cirurgia para aquisição das competências clínico-cirúrgicas é respaldo para opção pelas residências médicas. Na cultura médica, o PRM surge como sinônimo de competência profissional para um cuidado médico ético, como sugerido por *RM 06*:

*Porque. Eu Quando eu fiz medicina, quando eu entrei na **faculdade**, eu gostava, mas assim eu ainda não me identificava de fato. Quando eu conheci, quando eu rodei, aí quando conheci a **especialidade**, eu vi que era aquilo ali que eu me identificava. Então, como é uma área cirúrgica, a **residência** é essencial para a gente ser um **profissional competente**, para a gente entregar um **trabalho ético e bom para todo mundo**. Tem que fazer **residência**! Então não tinha outra opção. Para ser um profissional competente, eu tenho que gostar do que eu faço. E para eu gostar do que eu faço, tenho que sentir prazer em estudar (RM 06, Sexo feminino).*

Na fala de *RM 06* é notório o desejo por estudar; em seu relato a educação médica especializada tem relação com a formação humana, uma formação garantidora de um fazer médico ético, centrado na pessoa humana e possibilitador da vida. Apesar disso, o que se tem em curso é uma formação técnica desumana, pautada na pedagogia do sofrimento e geradora de adoecimento:

*Quando eu entrei na **residência** foi a mesma coisa, falta de conhecimento, experiência e excesso de carga horária. Então eu fiquei um pouco mais, eu sinto que eu sou um pouco mais ansioso (RM 03, sexo masculino). Grifo nosso.*

Faço acompanhamento psicológico, terapia semanalmente pra poder aguentar a residência (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.

*Minha psicóloga já percebeu que **a residência em si me desencadeia tipo crise de ansiedade (RM 06, sexo feminino). Grifo nosso.***

*Eu sentia tanta dor de cabeça, eu não conseguia dormir, eu ficava nessa de vir para a **residência**, não conseguir fazer minhas coisas, chegar em casa e não conseguir dormir por causa da dor de cabeça. (RM 07, sexo feminino). Grifo nosso.*

As falas de *RM 03*, *RM 05*, *RM 06* e *RM 07* apontam questões importantes sobre a problemática que cerceia a residência médica no que tange ao adoecimento das/os residentes. Constituem narrativas que ratificam os achados já apresentados na Revisão Integrativa da Literatura (RIL), na qual o modelo de ensino adotado nos programas de residência, realmente tornam as/os residentes propensas/os ao acometimento por estressores e até mesmo ao desenvolvimento da síndrome de *Burnout* (Ogboghodo; Edema, 2020; Ogawa, *et al.*, 2018; Van Vendeloo et al, 2018; Ratnakaran et al, 2016). Esta síndrome consiste na resposta prolongada a estressores interpessoais crônicos no trabalho, caracterizada por três dimensões interdependentes: exaustão emocional, despersonalização e redução do sentimento de realização pessoal, sendo frequentemente

identificada em médicos de diferentes especialidades (25 a 60%), médicos residentes (7 a 76%) e enfermeiros (10 a 70%) (Perniciotti et al, 2020).

A exaustão emocional pode levar à diminuição da função cognitiva e afetar, de forma negativa, o trabalho e as relações interpessoais. Também pode causar distúrbios psicológicos, como insônia, depressão e doenças mentais, bem como consequências ocupacionais, incluindo insatisfação no trabalho e absenteísmo. Residentes exaustos também estão associados a cuidados inadequados aos pacientes (Ogboghodo; Edema, 2020).

O estresse profissional tem sido investigado por vários autores nacionais e internacionais, com a citação de ocorrência significativa de burnout entre os médicos residentes, especificamente na área cirúrgica, tendo questões ambientais – longos plantões, despreparo das equipes, presença constante do risco e da pressão das urgências/emergências, vivência do sofrimento e da morte – e pessoais como fatores causais. Uma iniciativa com potencial para auxiliar nessa condição é a criação de Núcleos de Apoio aos médicos residentes, principalmente para dar suporte à saúde mental e à qualidade de vida, realidade ainda não presente regularmente em todos os programas de RM do País (Pinto et al, 2018, p. 151).

Nos artigos pesquisados, consequências relacionadas a síndrome de *Burnout* e outros estressores, tem como fatores desencadeantes: elevadas cargas horárias em que os residentes são submetidos; ausência de projetos pedagógicos; falta de qualificação didático-pedagógica para a preceptoria; ausência de processos avaliativos das/os residentes, das/os preceptoras/es, das estratégias de ensino e do ambiente institucional (Ogboghodo e Edema; 2020; Liu *et al.*, 2016; Chew, Holmboe; Sim, 2019; Sarwar; Tarique, 2016).

No artigo intitulado “Perfil dos Egressos da Residência Médica em Cirurgia Geral de uma Universidade do Interior Paulista”, Pinto et al (2018) legitimam a importância do preceptor em relação à qualificação das ações na RM e, por conseguinte, a oferta de maior segurança aos pacientes que se encontram sob os cuidados dos médicos residentes. Segundo eles, é preciso qualificar a preceptoria médica para o atendimento das demandas pedagógicas peculiares do processo de ensino-aprendizagem de adultos. Vale evidenciar que as/os médicos/as, assim como todo e qualquer profissional de saúde, se qualificam para o desenvolvimento da ação técnica concernente à sua categoria profissional e não para a docência e para a preceptoria. “Ser um excelente cirurgião não quer dizer ser, automaticamente, um bom preceptor. Ensinar e desenvolver habilidades técnicas é um desafio” (Santos et al, 2012, p. 548 – 549). Desta forma:

Torna-se evidente a necessidade de capacitação dos preceptores para que possam desenvolver suas atribuições em consonância com os objetivos e as metas de cada programa, bem como com as demandas pedagógicas peculiares

do processo de ensino-aprendizagem de adultos. Da mesma forma, Bentes *et al.* confirmam a necessidade de investimentos no preceptor uma vez que a falta de motivação, a desvalorização e a pequena capacitação são problemas frequentes encontrados na preceptoría da RM (Pinto et al, 2018, p. 151).

Em estudo que objetivou avaliar e comparar a preceptoría no programa de residência médica em Cirurgia Geral, no centro cirúrgico, em um hospital universitário e em um hospital não universitário, a partir da ótica dos residentes que ingressaram em 2010 e 2011, Santos et al (2012, p. 559) verificaram a necessidade do/a preceptor/a qualificar-se para a aquisição de quatro saberes educacionais: “o saber – conhecer, o saber – fazer, o saber – ser e o saber – conviver, já que o preceptor atua como exemplo de conduta técnica e ética”. Para além, os autores afirmam que o/a preceptor/a precisa abandonar a premissa de ser o único detentor do conhecimento e dono de todos os saberes a serem doados. A função da preceptoría médica é estar com as/os residentes, construindo coletivamente o conhecimento para um cuidado ético, responsável e humanizado. Nesta relação pedagógica, o diálogo horizontalizado entre preceptores e residentes, abre espaço para a solidariedade, para a tolerância, para o convívio intercultural, inaugurando um compromisso ético-político com o aprendizado de todas e de todos.

É necessário, portanto, que se construa uma relação mais horizontal entre preceptor e residente, na tentativa de valorizar os conhecimentos dos educandos, de sua capacidade de construir conhecimento, assim como utilizar métodos que mediem o compartilhamento de saberes para uma construção coletiva do conhecimento, problematizando a realidade. Esta é uma alternativa que se apresenta na lógica freireana como instrumento de mudança (Gomes; Rego, 2014), que reafirma o papel formador da preceptoría, enquanto possibilitadora do desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo das/os residentes (Freire, 2019). Isto é:

A natureza formadora da docência, que não poderia reduzir-se a puro processo técnico e mecânico de transferir conhecimentos, enfatiza a exigência ético-democrática do respeito ao pensamento, aos gostos, aos receios, aos desejos, à curiosidade dos educandos. Respeito, contudo, que não pode eximir o educador, enquanto autoridade, de exigir o direito de ter o dever de estabelecer limites, de propor tarefas, de cobrar a execução das mesmas. Limites sem os quais as liberdades correm o risco de perder-se em licenciosidade, da mesma forma como, sem limites, a autoridade se extravia e vira autoritarismo (Freire, 2020, p. 46).

Destarte, as narrativas *RM 03*, *RM 05*, *RM 06* e *RM 07* e a Revisão Integrativa da Literatura (RIL) confirmam a adoção de uma Pedagogia do Sofrimento promotora de adoecimento nos programas de residência médica. No PRM, tem-se a “persistência de processos formativos influenciados por especializações tecnológicas, pela indústria

farmacêutica e pelo uso de equipamentos complexos” (Borges et al, 2021, p. 6). As habilidades humanísticas aprendidas durante a graduação, tendem a desaparecer em meio a rotinas extenuantes, cargas horárias inumanas, cobranças excessivas, comprometimento insuficiente por parte da preceptoria com o ato pedagógico, entendido como prática educativa ético-política. Nessa perspectiva, o relato de *RM 04* corrobora com a desumanização em curso no PRM:

*A gente até brinca de que a cirurgia em si, na verdade, eu acho que a medicina ela deixa a gente frio com muitas coisas. A gente acaba tendo **habilidades humanísticas na faculdade**, tudo. Agora assim, na **residência** médica, eu não vejo muito isso. Agora, claro, a gente que entra, teoricamente, na **residência**, tem que ter uma base. Você tem que ter uma base da sua **formação** da escola de medicina que você fez. Então, pelo menos na minha escola de medicina eu tive essa base de **formação**. Então, assim, eu tento ter uma relação mais humana possível, me compadecer com a dor do outro, com a perda do outro, porque a gente nunca sabe quando vai ser um de nós ou um parente nosso que vai estar naquele lugar (RM 04, Sexo masculino). Grifo nosso.*

A partir da fala de RM 04, duas questões se impõem: humanização enquanto essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde e educação enquanto prática humanizadora.

No que se refere à questão da humanização no cuidado em saúde e, em especial no cuidado médico, é preciso lembrar que desde a Constituição de 1988, tem-se a saúde como direito constitucional, o que forçadamente requer uma reestruturação da educação médica para um cuidado humanizado:

Pensar o direito de ser na saúde é ter ‘cuidado’ com as diferenças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas. Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada (Pereira, 2008, p. 110).

Com a efetivação do SUS e, posteriormente com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (Brasil, 2008), o cuidado em saúde tem como orientador o conceito de alteridade; cuidar pelo viés da alteridade significa olhar o outro enquanto sujeito em sua especificidade, com sua história de vida, projetos, desejos, diversidade cultural e social. “Para Freire o outro, a alteridade, tem, acima de tudo, uma conotação positiva, pois o eu se constitui a partir do outro. Eu apenas existo a partir do outro. É a alteridade ética do outro que desperta o eu de sua alienação e egoísmo” (Streck et al, 2019, p. 36). Assim, todo e qualquer profissional formado para o cuidado em saúde precisará trazer para sua prática cotidiana o princípio da alteridade, compreendendo a

existência do Outro, não como um objeto, mas como um outro sujeito presente no mundo das relações intersubjetivas. Contudo:

Se, na Clínica, a delicada sustentação da subjetividade do outro aparece na dificuldade em se administrar desejos diferentes entre médicos e pacientes, na Cirurgia ela desaparece com a coisificação dos sujeitos (Rios; Schraiber, 2012, p. 100).

Para além do desafio de pensar o cuidado pelo viés da alteridade, o SUS veio preconizar, ainda, o princípio constitucional da integralidade do cuidado, que visa garantir ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando, desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde e requer a constituição de uma rede de serviços, que ao integrar as ações, viabilize uma atenção integral (Brasil, 2008). Nesta perspectiva, o cuidado passou a compreender uma abordagem integral do ser humano, no intuito de superar a fragmentação do olhar e intervenções sobre as pessoas. Trata-se, agora, de um cuidar com e para o Outro. Sobre a humanização no cuidado em saúde, Rios (2009, p. 255), problematiza:

Há alguns anos, quando o assunto humanização chegou aos serviços de saúde, a reação dos trabalhadores foi variada. Algumas pessoas (que já trabalhavam com ações humanizadoras) sentiram-se finalmente reconhecidas e encontraram seus pares, mas a maioria (que não fazia a mínima ideia do que se tratava) reagiu com desdém ou com indignação. Não eram humanos afinal? Humanizar os serviços soava como um insulto. Entretanto, tão logo se começava a discutir a humanização como o processo de construção de uma ética relacional que recuperava valores humanísticos esmaecidos pelo cotidiano institucional ora aflito, ora desvitalizado, ficava clara a importância de trazer tal discussão para o campo da saúde. A medicina (e certamente todas as profissões que se destinam ao cuidar) é uma prática ético-dependente¹¹, ou seja, ainda que o mundo se acabe em um livre agredir, em que vença o mais forte, o mais rico ou o mais bonito, na área da saúde é imprescindível a educação para a ética nas relações entre as pessoas, sem a qual não é possível realizar a missão que nos destina essa escolha profissional.

Ainda que o SUS e a Política Nacional de Humanização (PNH) tenham inserido temas sobre as habilidades humanísticas na graduação em medicina, a questão da humanização nas IES é tema frágil e, algumas vezes, combatido. Ao saírem da graduação com poucas habilidades humanísticas e sem uma compreensão do que de fato seja a humanização em saúde, as/os residentes médicas/os tendem a perder, um pouco mais, a porosidade para os encontros:

Ao ingressarem na residência, os médicos apresentavam vaga noção do que seria humanização, considerando-a mais focada na qualidade da relação médico-paciente. Na saída, a maioria deles apresentou maior falta de informação e de interesse pelo assunto, inclusive considerando que a humanização tem menos a ver com o seu trabalho e mais com o serviço de

voluntários, a administração hospitalar, psicólogos e assistentes sociais. Esses achados corroboram nossas observações no que se refere não só à timidez com que o tema está inscrito na formação médica, como ao fato de que ainda é prevalente nos hospitais a ideia da humanização voltada para ações pontuais que amenizam as tensões cotidianas da vida intra-hospitalar. Outra observação importante é que, além de não ter havido acréscimo em seu aprendizado ao longo da residência, houve uma distorção do que trata a humanização e a sua importância no trabalho médico. Estudos que vão ao encontro da compreensão do papel da tecnologia e das mudanças sociais do trabalho médico (Rios, 2009, p. 260).

Se pensarmos que todas as profissões da saúde precisam reconhecer seu fazer enquanto prática ético-dependente, torna-se imprescindível que tanto a graduação quanto a formação médica especializada assumam o compromisso com uma educação para humanização, uma educação libertadora, que na perspectiva freireana, reconhecidamente, “toca e afeta politicamente a vida individual e coletiva, nutre os poderes do viver, a partir do exercício de questionar, com os outros, o sentido da própria vida individual e coletiva” (Chacon, 2021, p. 45). Assim sendo, a preceptoria médica precisa encarar a educação enquanto prática humanizadora, prática comprometida com a humanização freireana realizada a partir do diálogo crítico-problematizador; preceptoria vista como luta contra toda forma de dominação, preceptoria que consiste no movimento estético – político – ético do/a preceptor/a que luta de forma esperançosa e autocrítica pela transformação da sociedade e da cultura de opressão (Streck et al, 2019). No entanto, a realidade da preceptoria médica permanece um pouco distante do projeto ético político freireano.

Em estudo feito por Carvalho Filho et al (2022), que objetivou analisar as vivências e os entendimentos da preceptoria médica em relação à atividade de ensino nas residências médicas, as/os preceptoras e preceptores compreendem que, nos mais variados contextos e ambientes de práticas da residência médica, suas atividades com as/os residentes tendem a ser desorganizadas e muitas vezes sujeitas aos processos de trabalho e demandas institucionais. Por conseguinte, observa-se, geralmente, “uma inexistência de adequação conceitual a respeito da sua competência pedagógica” (Carvalho Filho et al, 2022, p.7), existindo, na maioria dos casos, a compreensão da preceptoria como uma espécie de referência técnica, tendo competência na sua especialidade:

Devemos levar em conta que, do ponto de vista dos preceptores, pode parecer que o conhecimento e a experiência da técnica da especialidade seriam capacidades mais caras aos preceptores no exercício da preceptoria do que uma formação pedagógica, já que não há obrigatoriedade da prévia realização de capacitação para exercer essa atividade. Dessa forma, o preceptor pode desempenhar essa atividade e se sentir preparado tecnicamente, mesmo sem possuir capacitação (Carvalho Filho et al, 2022, p.7).

Dentre as recomendações sugeridas por Carvalho Filho et al (2022) para mudança na preceptoria médica destacam-se: a adoção de medidas de incentivo à capacitação pedagógica, o estabelecimento de uma remuneração da preceptoria (como forma de valorização) e a implementação de medidas de fomento à pesquisa no âmbito da residência médica. Isto posto, evidencia-se o desafio de pensar a questão advinda a partir da fala de *RM04*: a educação enquanto prática humanizadora. Para tanto, faz-se necessário analisar o que de fato representa a humanização em termos pedagógicos e quais as exigências requeridas atualmente para uma prática educativa libertadora na preceptoria médica, pois:

A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposita nos homens [seres humanos]. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica a ação e a reflexão dos homens [seres humanos] sobre o mundo para transformá-lo (Freire, 2019c, 93).

Ao tratar da educação enquanto ação prática para a liberdade, Freire evidencia o objetivo do ato educativo ético-crítico-libertador: a humanização dos seres humanos no e com o mundo. Em suas obras, a ética é tema central, informando a necessidade constante de denúncia da desumanização do mundo, não cabendo relativismos exacerbados, em que o sofrimento, a opressão e a dominação são justificadas. Toda denúncia é, em Freire, um convite para a autocrítica e para a adoção de uma constante vigilância ética afim de “educarmos a esperança em um mundo mais belo, justo e digno para vivermos”. (Streck et al, 2019, p. 23). E, neste contexto, a humanização no cuidado e na educação em saúde não requer apenas que a/o profissional da saúde se compadeça com a dor do Outro, com a perda do Outro. Para além de uma relação empática entre humanos, a humanização requer um compromisso com a alteridade, tanto no cuidado em saúde com o ser humano em condição de adoecimento quanto na formação do ser humano em condição de educando/a para o cuidado em saúde. À vista disso:

A educação é, em sua essência, um processo ético antes de ser consciência crítica, engajamento político e ação transformadora. Ou a educação é ética e respeitosa com a alteridade do outro em sua singularidade, ou não é educação. É este respeito à alteridade do outro a exigência ética de todo o pensamento de Freire. Toda a eticidade da existência humana se dá no reconhecimento da alteridade, da sua dignidade de pessoa e na luta por justiça social. Sem este respeito e reconhecimento do outro não podemos entrar no diálogo libertador. Seguindo o legado ético-pedagógico de Freire, podemos concluir dizendo que o resgate da dignidade do outro, da sua alteridade é condição primeira para a edificação de um projeto de mundo/sociedade “em que seja menos difícil amar” (Streck et al, 2019, p. 37).

Na visão de Rios (2009), as transformações tecnológicas e a própria organização do trabalho em saúde não favorecem o discurso e a prática da humanização na educação

médica, o que implica mudança nos processos de gestão e na organização do trabalho na área da saúde. De acordo com a autora, “parece fundamental que o ensino da humanização na formação médica deve partir da conscientização do tema em todos os âmbitos nos quais se dá o aprendizado” (Rios, 2009, p. 260). Nesse sentido, a autora aponta, ainda, algumas possibilidades para a preceptoria que se quer humanizada: qualificação didático pedagógica para preceptoras/as; inclusão da temática da humanização, bem como de seus princípios e diretrizes na gestão educacional dos programas de residência médica e na gestão institucional, incluindo os processos de trabalho e de cuidado em saúde; organização de espaços dialógicos para a construção de subjetividade, escuta e exercício de reflexão sobre a vida, sobre o cotidiano do trabalho em saúde, sobre as relações no e com o mundo; criação de espaços nos quais se cultiva o vínculo, o respeito à diferença de opinião, a construção coletiva de ideias e juízos sobre os mais diversos temas do cotidiano médico (Rios, 2009). Na mesma lógica, Carvalho Filho et al (2022) reafirmam o valor do preparo pedagógico da preceptoria médica, reconhecendo que o/a preceptor/a com habilidades pedagógicas tende a potencializar o aprendizado das/os residentes médicas/os.

Com afinco, novamente afirma-se a possibilidade de reinventar a educação médica especializada, com constante insistência em uma prática pedagógica ético-crítico-libertadora; prática “reflorestada” por uma ética da alteridade, da solidariedade, da tolerância, da amorosidade, fundada no diálogo entre os seres humanos, na comunhão e na escuta do Outro; um ensino médico, que seja ao mesmo tempo, “práxis ético-libertadora com respeito à pessoa em sua condição de unicidade e com incansável esperança nas possibilidades históricas de humanização do mundo” (Streck et al, 2019, p. 23).

6.3.4. Classe 4 – Funcionamento, rotina e carga horária: sugestões para a reestruturação da residência médica

A Classe 4 representa 21,6% dos ST e as palavras mais representativas foram “Plantão”, “Carga horária”, “Rotina”, “Enfermaria” e “Hospital”. O conteúdo desta classe diz respeito ao funcionamento, rotina e carga horária com sugestões para a reestruturação da residência médica advindas do discurso dos (as) residentes médicos (as).

Nesta classe palavras como “plantão”, “carga horária”, “rotina”, “enfermaria” e “hospital” surgem para denunciar à subordinação do ensino-aprendizagem à exploração da força de trabalho dos (as) residentes médicos (as).

Apesar da legislação brasileira que regulamenta carga horária de trabalho dos residentes em 60 horas semanais, incluídas 24 horas de plantão e com direito ao descanso pós-plantão, a realidade atestada confirma uma rotina exaustiva e desumana, com sobrecarga de plantões, excesso de horas nos hospitais, poucas horas de descanso e privação de sono e alimentação, fatores que podem impactar no aprendizado e no cuidado prestado à sociedade.

6.3.4.1. Funcionamento e rotina

*É uma **rotina** pesada assim de enfermagem e principalmente do **plantão** que é o que mais me cansava. O que eu quero dizer é virar a noite, as vezes se tivesse uma urgência no **plantão** não dormia a noite inteira e tinha que está no outro dia cem por cento, né, para cumprir as funções do serviço. Então é uma **rotina** pesada assim (RM 01, sexo feminino). Grifo nosso.*

*A gente tem que cumprir essa **carga horária**. E a **rotina** é basicamente essa chegar cedo não tem horário para sair. Às vezes, nos plantões da residência. É uma semana puxada (RM 02, sexo masculino). Grifo nosso.*

*Essa relação adoce, porque eles cobram a gente, a gente se cobra, a gente fica cobrando e às vezes a **carga horária** é muito excessiva. **Então alguma hora o cansaço bate e o corpo precisa trabalhar e você não consegue**. E ainda assim a mente cansada, alguma hora o cérebro dá um tilt (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.*

Como ilustrado nas falas de RM 01, RM 02 e RM 05, a excessiva carga horária de trabalho e privação de sono são críticas recorrentes no percurso histórico de consolidação da residência médica como a principal modalidade de formação de especialistas criada nos EUA e exportada para o mundo (MARTINS, 2010). Análises sobre o impacto negativo de longas jornadas de trabalho na saúde dos (as) residentes e na qualidade assistencial prestada informam a necessidade de regulação estatal, com o estabelecimento de políticas e programas para normatização, acompanhamento e avaliação dos programas de residência médica.

No livro “Residência Médica: estresse e sofrimento”, publicado em 2010, o médico psiquiatra e professor Luiz Antônio Nogueira Martins, do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, afirma que existe uma crise interna na residência médica estadunidense desde a criação, com ampla crítica à sobrecarga assistencial, excessiva carga horária de trabalho e privação de sono, com estudos contumazes desde a década de 1970 (Martins, 2010).

Ações judiciais, movimentos de residentes e pesquisas suscitaram avaliações e proposições para a regulamentação da residência médica e do ensino médico nos EUA,

bem como o desenvolvimento de ações preventivas e de reabilitação dos (as) residentes médicos (as) em formação e ex-residentes (Martins, 2010; Sponholz et al., 2016):

- Estudo de Friedman, Bigger e Kronfeld (1973), realizado no Presbyterian Hospital em Nova Iorque, demonstrou que residentes com privação do sono apresentavam dificuldade de concentração, depressão, irritabilidade, sentimentos de autorreferência com extrema sensibilidade a críticas, despersonalização e desrealização, inadequação afetiva usualmente associada a humor negro e déficit da memória recente, com evidente prejuízo da aprendizagem.
- Estudo de Valko e Clayton (1975) revelou alta incidência de depressão entre os residentes do primeiro ano, relacionada com o elevado número de horas trabalhadas por semana. Os resultados também indicaram que 30% dos residentes tiveram quadro depressivo no primeiro ano; desses casos, 63% tiveram início quando os residentes trabalhavam 100 ou mais horas por semana.
- Em 1976 foi instituído um grupo de trabalho pela Associação Médica Americana (AMA) no intuito de desenvolver modelos de prevenção e reabilitação de residentes médicos em virtude da preocupação com o desgaste físico e o sofrimento psíquico dos residentes;
- Um caso judicial famoso nos EUA fez com que as deficiências da Residência Médica se tornassem públicas e objeto de ampla discussão na sociedade norte-americana. Em março de 1984, uma jovem de 18 anos chamada Libby Zion apresentou quadro febril e otalgia, tendo procurado atendimento médico em um pronto-socorro da cidade de Nova York, por orientação de seu médico particular. Ela veio a morrer, no Hospital New York, algumas horas após ser internada. Libby Zion havia sido atendida por um residente de primeiro ano (R1), que recebera supervisão de um R2. Ambos estavam de plantão há mais de 18 horas. A paciente fora atendida às 23:30 horas e internada às 2:00 horas, vindo a falecer às 6:30 horas; a investigação concluiu que os inadequados cuidados que teria recebido de residentes sobrecarregados e sem a necessária supervisão de profissionais experientes resultou no óbito.
- Uma enquete nacional sobre licenças e afastamentos por distúrbios emocionais, realizada nos EUA no período de 1979 – 1984, abrangendo 274 programas de residência médica em medicina interna, revelou que 1% dos residentes (cerca de 500 residentes) se afastou do treinamento devido a distúrbios emocionais, sendo

que desses 500 residentes licenciados ou afastados, 2% (8 residentes) se suicidaram e outros 3% tentaram o suicídio (Smith e cols.,1986).

- Colford e McPhee (1989) verificaram que a crise da residência médica se aprofundava à medida que tanto na imprensa leiga como na literatura científica cresciam pedidos de modificações sobre o regime de trabalho de residentes e, concomitantemente explodiam os movimentos de associações de residentes reivindicando mudanças.

Os primeiros programas de residência médica do Brasil se iniciaram no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro e no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, na década de 1940 e seguiram os modelos criados em 1889 pelos professores Halstedt e Osler, da Universidade Johns Hopkins (VELHO, et al 2012). Seguindo a receita estadunidense, a formação era exclusivamente hospitalocêntrica, com longas jornadas de trabalho e privação de sono, permanecendo sem interferência e/ou regulamentação estatal até 1977, quando foi instituída oficialmente no Brasil, com a publicação da Lei 80.281 de 05 de setembro de 1977. Desde então, engendra-se no Brasil, um arcabouço legal regulamentador da estrutura, da carga horária, dos direitos e dos deveres dos residentes médicos.

6.3.4.2. A carga horária

No Brasil, a Lei 6.932, de 07 de junho de 1981, regulamentou a carga horária de trabalho dos residentes em 60 horas semanais, incluídas 24 horas de plantão, ainda, sem referência a questão da obrigatoriedade do descanso (Brasil, 1981). Todavia, em 2007, o artigo intitulado “Residência Médica: contribuições dos médicos residentes ao debate”, ainda alertava:

Em 2007, completa 30 anos o Decreto 80.281/1977, que regulamentou a residência médica no Brasil e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Antes disso, cada programa funcionava de acordo com os interesses dos serviços que ofereciam programas de residência. Passadas três décadas, ainda se observa um grande abismo entre o que ditam as normas e o que ocorre na prática. Ainda hoje há residentes submetidos a regimes de trabalho que ultrapassam 100 horas semanais (quando a lei fixa uma jornada máxima de 60 horas), plantões de mais de 36 horas ininterruptas, muitas vezes sem supervisão adequada. Mais grave ainda é isso ser encarado por muitos com naturalidade, ou pior, como algo “necessário para o aprendizado” (MASSUDA; CUNHA; PETTA, 2007, p. 96).

Ainda, de acordo com os autores, as reivindicações sobre cumprimento de carga horária e melhorias nas condições de trabalho e aprendizado já constavam em lei.

Sobremaneira o atendimento das reivindicações exigiria a mudança da lógica que se encontra profundamente enraizada nas instituições de saúde, universitárias ou não, e demandaria um trabalho de conscientização da própria categoria médica:

Pois em sua grande maioria são médicos os responsáveis pela determinação da organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde que promovem a exploração do trabalho do médico residente (Massuda; Cunha; Petta, 2007, p. 96).

*No primeiro ano eu acordava ali 04h00, 04h30, 04h30 para até 05h00 eu estar aqui no **hospital** e já começaria a passar logo nos pacientes da **enfermaria**. Esse meio tempo eu teria que passar nos pacientes, ver tudo dos pacientes, prescrever os pacientes, evoluir os pacientes. Isso tudo no sistema, não liberado, só liberado depois da visita com o chefe. Isso tem que estar pronto até 07h00. As 07h00 da manhã a gente já teria que estar no pronto atendimento. E aí no pronto atendimento eu fico de sete até 19 horas, todos os dias. [...] tinha pendência ainda na **enfermaria** pra resolver e eu tinha que ir pra enfermaria resolver. Então assim, no primeiro ano, cansei de sair daqui nove, dez horas. Algumas vezes terminava as coisas muito tarde, acabava dormindo aqui porque não compensava pra casa ter que voltar muito cedo. E aí tudo isso foi assim praticamente um ano inteiro. **Não tem nada regular, nada regular, nada regular, não tem hora para dormir, tem uma hora pra acordar, mas não tem hora para dormir. Minha alimentação não tem horários fixos, as vezes não bebo água. Comecei a andar com uma garrafinha, mas tem vezes que não dá nem pra encher a garrafinha depois que ela acaba. E é isso, tem dia que eu não bebo água, tem dia que eu vou almoçar 15h00 (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.***

Em sua fala, RM 05 expõe a situação concreta de opressão vivenciada no cotidiano da residência médica. Segundo ela, faz parte da rotina o acordar cedo para conseguir chegar ao hospital às cinco horas da manhã e iniciar o acompanhamento das/os pacientes na enfermaria, incluindo evolução e prescrição, tudo realizado sem acompanhamento da preceptoria. Ainda na enfermaria, as informações somente são colocadas no sistema institucional após a chegada do chefe. A ordem é adentrar o pronto-atendimento às sete horas da manhã, com saída prevista para às sete horas da noite, cumprindo uma rotina de doze horas somente no pronto-atendimento, o que já seria suficiente para cumprimento da carga horária legal prevista de 12 horas diárias para uma jornada legalmente fixada em 60 horas semanais de acordo com a Comissão Nacional de Residência Médica (Brasil, 2022). Apesar da permanência no pronto-atendimento, caso restasse alguma atividade por cumprir nas enfermarias, RM 05 teria que retornar para a finalização: *tinha pendência ainda na **enfermaria** pra resolver e eu tinha que ir pra enfermaria resolver. Então assim, no primeiro ano, cansei de sair daqui nove, dez horas. Algumas vezes terminava as coisas muito tarde, acabava dormindo aqui porque não compensava pra casa ter que voltar muito cedo. E aí tudo isso foi assim praticamente um ano inteiro (RM 05, sexo feminino), Grifo nosso.* Um ano inteiro cumprindo uma extenuante rotina, que na maioria

das vezes, estendia-se por 17 horas de trabalho diárias, *RM 05* não via sentido em voltar para casa, pois, no dia seguinte, teria que fazer tudo novamente e, assim, evitaria o cansaço do deslocamento.

Para ser formada na experiência do opressor, que na residência médica diz-respeito ao chefe/preceptor que anteriormente foi oprimido e que agora pode experimentar a condição de opressor, *RM 05* e todas/os as/os residentes médicos precisam passar pela situação concreta de opressão pois, como já relatado em muitas falas, o sofrimento é algo culturalmente cristalizado na educação médica especializada, um mito que justifica toda e qualquer forma de opressão, de dominação. Portanto, se desejam, de fato, ser especialistas, as/os residentes têm que aceitar a “supressão de direitos” e entregar o corpo, a subjetividade e a vida ao opressor. Na nova situação, sentirão fome, sede, cansaço e sono; serão silenciados, humilhados, alienados, invadidos, massificados, encobertos, manipulados, discriminados, dominados, explorados e esvaziados em suas humanidades. Rouba-se direitos e atenta-se à dignidade humana. Identifica-se, a partir da fala de *RM 05*, um traço estruturante do paradigma pedagógico hegemônico presente na residência médica: a polarização entre cidadãos/subcidadãos, humanos/inumanos:

O pensamento pedagógico traz as marcas do paradigma segregador de humano/in-humano, cidadão/ subcidadão tão presente e persistente no pensamento social, político hegemônico. Nem todos merecem ser reconhecidos cidadãos da pólis por não merecerem ser reconhecidos humanos (Chacon, 2021, p. 125).

No cotidiano da formação médica especializada, a vida é roubada mediante o extermínio das humanidades. Há algo mais opressor para um ser humano do que uma educação que rouba sua humanidade e lhe impede de ser, de viver?

A educação médica em curso nos programas de residência médica desumaniza à medida que rompe com o compromisso ético, político e pedagógico da formação humana, compreendido como processo de humanização dos seres humanos, mediatizados pelo mundo. A justificativa dos chefes, “todo mundo passou por isso”, normaliza o sofrimento das/os residentes. “Estamos em tempos em que a longa experiência histórica de opressão, de produção e manutenção de estruturas opressoras se tornou uma experiência totalitária” (Chacon, 2021, p. 137-138). Nesse sistema de produção de especialistas, a pedagogia do sofrimento instaura a vocação do *Ser menos*, no qual:

Ninguém pode ser, autenticamente, proibindo que os outros sejam. Esta é uma exigência radical. O ser mais que se busque no individualismo conduz ao ter mais egoísta, forma de ser menos. De desumanização. Não que não seja fundamental — repetamos — ter para ser. Precisamente porque é, não pode o ter de alguns converter-se na obstaculização ao ter dos demais, robustecendo o

poder dos primeiros, com o qual esmagam os segundos, na sua escassez de poder (Freire, 2019c, p. 105).

Contrário à pedagogia libertadora freireana, a pedagogia hegemônica opressora, conforma a residência médica em uma formação para a desesperança, na qual o fatalismo e imobilidade impedem a criação e a transformação da realidade.

Outra questão que aponta para a desumanização na formação médica especializada, reside na falta de compromisso ético, político e pedagógico da preceptoría e da gestão institucional com a/o residente em formação:

*Então eu vejo que se a gente melhorar nisso, de diminuir a **carga horária**, querendo ou não de você chegar muito cedo. Tem cirurgião de **plantão**, eles são pagos para isso. Então o residente está aqui para aprender. Ele não está trabalhando, ele está tendo oportunidade (RM 03, sexo masculino). Grifo nosso.*

*E eu acho que a **carga horária** é o fundamental. Eles colocam os residentes em geral como uma ponta principal ali no **hospital**. Então a gente acaba se sobrecarregando muito. Com relação a isso, a gente faz funções em locais de médicos que deveriam estar trabalhando no **hospital**, tendo sua função não como residente, como médico mesmo. E aí eu acho que poderia diminuir nesse sentido, colocar médicos para atuar em determinados setores e não apenas residentes (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.*

*Então a gente entra aqui basicamente 07h00 da manhã e só sai à noite, diariamente, a não ser no dia em que a gente tem **plantão**, que a gente tem o pós-**plantão**; pelo MEC a gente tem que fazer 24 horas de **plantão** semanal. Então isso é organizado, a gente tem o pós- **plantão** pra ter um momento de descanso e no final de semana varia. Vai depender dos plantões que o chefe pega, entendeu? Mas normalmente nesse primeiro ano de residência, ou eu fazia 24, ou eu fazia 12h00 de **plantão** todos os finais de semana durante um ano (RM 04, sexo masculino). Grifo nosso.*

As narrativas de RM 03, RM 04 e RM 05 denunciam como se organiza a rotina no PRM. Na prática, o que ocorre é a permanência das/os residentes nos hospitais sem os/as preceptoras/es, assumindo plantões e responsabilidades não inerentes à função de residente e ficando expostos a demandas éticas e judiciais. É importante ressaltar que a atividade-fim da/o residente se relaciona ao processo de ensino e aprendizagem, não devendo ser ela ou ele a/o responsável pela assistência médica em substituição ao (à) preceptor (a) (Brasil, 2010). Especificamente no caso plantão, a Resolução CNRM N° 04 DE 12/07/2010 prevê que a única modalidade legalmente aceita é o plantão presencial da/o médica/o residente sob supervisão de preceptor capacitado (Brasil, 2010).

Ao término de um plantão a Resolução CNRM N° 1, de 16 de junho de 2011, estabelece o descanso obrigatório para o residente que tenha cumprido plantão noturno de, no mínimo, doze horas; o descanso obrigatório conhecido como pós-plantão, inicia imediatamente após o cumprimento do plantão noturno com duração de seis horas

consecutivas por plantão noturno, não sendo permitido o acúmulo de horas de descanso para serem gozadas a posteriori (Brasil, 2011).

Independente da legislação brasileira e das inúmeras problematizações e recomendações advindas de pesquisas nacionais e internacionais relacionadas ao tema do excesso de carga horária e privação do sono, a inserção dos médicos residentes no processo de trabalho não como um aprendiz, mas como “tocador de serviço” persiste e, rotineiramente, a mídia denuncia jornadas acima de 80 horas semanais e plantão de 40 horas.

Nesta conjuntura, que tipo de cuidado se espera de um residente médico que está física e emocionalmente exausto? E o que dizer do cuidado prestado por um residente médico de plantão a 40 horas e sem a supervisão do preceptor? É possível falar em ética do cuidado, de uma prática médica com respeito máximo à vida, quando diuturnamente pacientes graves são largados pelos preceptores nas mãos de residentes médicos cansados fisicamente?

*Toda semana a gente tem **plantão** noturno obrigatório, ok? Mas é uma coisa que está dentro da norma, que a gente não tem esse direito, mas tem na norma, é que o residente tem direito a um pós **plantão**; o que seria pós **plantão**, seis horas de descanso pós um **plantão** noturno. Então tá residente, faz o **plantão** noturno de manhã. É difícil liberar o residente por conta da **enfermaria**, porque aí não libera, deixa o residente trabalhar na **enfermaria**, resolver todas as pendências e tudo. **Quando terminou, vá pra casa, descansa o restante do dia. Eu acho que isso era uma das coisas que ajudaria bastante, porque as vezes a gente fica 36, 40 horas seguidas (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.***

Trabalhar horas excessivamente longas foi significativamente associado ao desenvolvimento de sintomas depressivos. O gerenciamento adequado das horas de trabalho dos médicos residentes é fundamental para manter sua saúde física e mental e melhorar a qualidade do atendimento que prestam (Ogawa, et al., 2018).

Estudo realizado por Ogawa e colaboradores (2018) buscou evidenciar a relação entre longas horas de trabalho e depressão entre residentes do primeiro ano no Japão, obtendo como resultados, que o tempo médio de trabalho por semana foi de 79,4 horas, dos quais 97 residentes (7,8%) trabalham mais de 100 horas, como consequências, aos três primeiros meses como residentes, 45,5% dos médicos que trabalhavam 100 horas ou mais por semana relataram sintomas depressivos clinicamente significativos, que foi significativamente maior do que os entrevistados que trabalharam menos de 60 horas. Ratnakaran, Prabhakaran e Karunakaran (2016) afirmam que residentes esgotados também estão associados a cuidados subótimos ao paciente.

Em consonância a isso, os autores Ogboghodo e Edema (2020) atribuem essas consequências relacionadas a síndrome de Burnout e outros estressores, principalmente, as elevadas cargas horárias em que os residentes são submetidos e indicam a necessidade de avaliação dos projetos pedagógicos para que sejam revistas essas condições. Conforme os autores, a durabilidade em horas das atividades desempenhadas por médicos residentes tende a ocasionar e gerar repercussões em seus desempenhos durante seus treinamentos, assim como também nos atendimentos aos pacientes, uma vez que as longas horas de atendimento reduzem gradualmente a eficiência dos cuidados de saúde prestados.

Embora não haja consenso na literatura, é possível identificar uma tendência no sentido de se considerar que a privação do sono pode provocar distúrbios cognitivos, alteração de humor e fadiga, que por sua vez, pode comprometer o desempenho profissional dos residentes (Deary e Tait, 1987; Deaconson e cols., 1988). Estudos recentes têm revelado que a privação do sono e a fadiga podem afetar o aprendizado, o desempenho profissional e a vida pessoal (Papp e cols., 2004) e que a redução da carga horária de trabalho é acompanhada de um menor número de erros médicos em unidades de terapia intensiva (Landrigan e cols., 2004). Estudo nacional, realizado com residentes de anestesiologia, mostrou que o plantão noturno pode reduzir o período de latência ao sono a níveis patológicos (Mathias e cols., 2004).

No Brasil, parece existir uma atitude prevalente de não fazer nada e esperar que a residência médica acabe logo por parte dos médicos e das médicas residentes, em virtude das poucas denúncias feitas por residentes na mídia e junto aos órgãos competentes; um misto de desesperança e descrédito frente às possibilidades de transformação.

Um caso com grande repercussão midiática aconteceu em 12 de maio de 2022, quando os residentes do Programa de Ortopedia e Traumatologia da Unicamp pediram demissão coletiva por meio de carta, na qual denunciavam carga horária excedendo as 60 horas semanais estabelecidas por lei, chegando às vezes a 110h e plantões de 40 horas seguidas (BBC News Brasil, 2022).

Em 24 de março de 2023, foi a vez dos médicos residentes do 2º Ano de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-FMUSP) reclamarem da ausência dos preceptores em plantões, o que prejudicaria o atendimento dos pacientes, pois os residentes sem supervisão chegaram a cuidar de quatro salas cirúrgicas simultaneamente, sendo que "mesmo um formado não poderia, ética e juridicamente, anestésiar mais de um paciente" (UOL Notícias, 2023).

Acredita-se que muitos mais casos de exploração da mão de obra de residentes médicos (as) e outras arbitrariedades ocorram no Brasil, casos que não são denunciados por medo de represálias imediatas ou de ameaças quanto a perseguição profissional futura (Massuda; Cunha; Petta, 2007).

Ressalta-se que eventuais denúncias devem ser endereçadas primeiro para a Comissão de Residência Médica (COREME) de cada hospital; depois, para as Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREM); e em seguida, para a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Ainda assim, para melhor acompanhamento e fiscalização dos programas, faz-se necessário:

Além do fortalecimento das CEREMs, é preciso que ocorram mudanças na composição e funcionamento das Comissões de Residência Médica (COREMEs), das próprias CEREMs e da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Além de não representar todos os segmentos que participam do financiamento e do funcionamento da residência médica, a CNRM não consegue estabelecer uma relação harmônica com as CEREMs. Por isso, a maioria de suas normas quanto à organização dos programas não é executada na prática, justificando o abismo existente entre a legislação e a realidade. Os programas de residência médica seguem lógicas próprias que variam de acordo com o funcionamento dos serviços. Já a maioria das COREMEs funcionam como “rainhas da Inglaterra”: realizam apenas tarefas administrativas, sem ter a mínima interferência sobre o funcionamento dos programas (Massuda; Cunha; Petta, 2007, p. 97).

Na Resolução CNRM Nº 16, de 30 de setembro de 2022, as Comissões de Residência Médica (COREMEs) são definidas como instâncias auxiliares da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM), com as seguintes finalidades: I - Coordenar o processo de especialização do médico residente, organizado em Programas de Residência Médica (PRMs) autorizados pela CNRM, caracterizados por treinamento em serviço e atividades teórico-complementares, em instituições credenciadas, desenvolvidos em ambiente médico-hospitalar e/ou ambulatorial, sob a supervisão de profissionais médicos preceptores de reconhecida qualificação; II - Garantir o desenvolvimento dos Programas de Residência Médica reconhecidos pela Comissão Nacional de Residência, com base nas matrizes de competências aprovadas para cada PRM; III - Propor a criação de novos programas considerando a necessidade de médicos especialistas indicada pelo perfil socio epidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); e IV - Cumprir e fazer cumprir as normas legais estabelecidas e aprovadas pela CNRM.

6.3.4.3. Relação teoria - prática

Para a organização do Projeto Pedagógico (PP) dos programas, o Decreto Presidencial Nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, que regulamentou a residência médica no Brasil, determinou que os programas de residência compreendem, num mínimo de 10% (dez por cento) e num máximo de 20% (vinte por cento) de sua carga horária,

atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos (Brasil, 1977). Neste caso, compete ao supervisor do programa de residência médica supervisionar as atividades práticas e teóricas relacionadas aos residentes e preceptores de determinado Programa de Residência Médica, respondendo diretamente junto à COREME e as demais instâncias reguladoras da CNRM. Destaca-se que o supervisor é obrigatoriamente médico (a) preceptor (a), com especialização reconhecida pela CNRM na área do PRM, integrante do corpo clínico ou “staff médico” (Brasil, 2022).

Na prática, a exaustiva rotina de horas a serem cumpridas nos hospitais, com pouco ou nenhum tempo para aulas teóricas e/ou estudo, debates e outras formas de articulação teoria e prática, denuncia a persistência da formação hospitalocêntrica e biologicista, de cunho tecnicista, com o abandono da problematização, reflexão e crítica sobre o fazer; um treinamento alienante que contempla a prescrição de técnicas e procedimentos, habilitando médicos (as) residentes a repetir determinadas ações sem vigilância crítica sobre as mesmas. Contudo, os (as) residentes compreendem que a educação não é um ato passivo, mas práxis sobre a realidade e, apontam, a diminuição da carga horária prática realizada de fato – inclusive de plantões – e o cumprimento das normas contidas nas legislações vigentes sobre a carga horária teórico-prática, como uma das questões que necessita de reestruturação urgente:

Mas eu penso que a grade da residência pudesse ser diferente, ter um tempo livre, carga horária diferente (RM 02, sexo masculino). Grifo nosso.

***Eu acho que pesa um pouquinho a falta de tempo de estudo.** Tipo, o que o Ministério dá, o que o MEC dá, é muito bom terem a carga horária excelente para você ter um tempo de estudo. Diminuiria a ansiedade, porque quanto menos você estuda, mais ansioso você é. **Porque o conhecimento querendo não te deixa mais relaxado de saber o que você está fazendo** (RM 03, sexo masculino). Grifo nosso.*

E eu acho que a carga horária é o fundamental [...] gente sempre pode melhorar a questão do ensino, focar mais na teoria; a teoria não só os residentes darem, porque, ok, a gente dá uma aula, mas nem se compara a experiência, a qualificação que o staff tem para dar uma aula (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.

Teria que rever a carga horária também, porque a gente não tem tempo para estudar. Na real, eles cobram muito, mas têm tempo para estudar? Então acho que a carga horária seria o principal ponto para rever, torná-la mais humana (RM 06, sexo feminino). Grifo nosso.

As reflexões contidas nas narrativas de RM02, RM 03, RM 04 e RM 06 explicitam a dicotomia da teoria/prática presente no contexto pedagógico da residência médica. A valorização excessiva da prática, do fazer, em detrimento da teoria, exclui do processo de

formação a etapa de reflexão; a ação feita sem reflexão, impossibilita uma análise crítico-reflexiva sobre a realidade, impedindo de fato, uma análise sobre o cuidado, sobre a tecnologia, sobre a técnica, sobre as relações sejam elas médica/o-paciente, médica/o-equipe de saúde, ou outras que se fazem necessárias no cuidado com a vida. Impossibilitadas/os de adquirir uma consciência crítica sobre a realidade do cuidado, sobre o viver e suas contradições, as/os residentes ficam destinadas/os à repetição de procedimentos informados pela preceptoria médica, sem atentar para o princípio da não-maleficência, tornando-se profissionais a serviço da tecnologia, da indústria farmacêutica e do sistema capitalista imperialista (Freire, 2019 2019c; Hooks, 2017). Assim, a excessiva carga horária prática é um dos fatores apontados pelas/os residentes que necessita de reestruturação urgente.

Nota-se, a partir dos discursos, que a ausência de espaços dialógicos sobre as teorias, sobre as práticas e sobre o saber de experiência feito, pode ocasionar ansiedade nas/os residentes, percebida como um fator que impede à construção coletiva do conhecimento por meio da articulação teoria e prática, resultando em profissionais com pouca autonomia e responsabilidade para o cuidado ético e humanizado, ***“porque o conhecimento querendo não te deixa mais relaxado de saber o que você está fazendo (RM 03, sexo masculino). Grifo nosso.***

Melhorar a questão do ensino perpassa não somente pela diminuição da carga horária prática e cumprimento da carga teórico-prática, requer, ainda, a participação efetiva e solidária da preceptoria no processo de ensino – aprendizagem, com o acompanhamento diário das/os residentes, a indicação de bibliografia e na definição de espaços compartilhados para articulação teoria – prática, no qual a relação dialógica e horizontalizada, permita que todas e todos aproveitem as possibilidades de ensinar e aprender, como refere RM 05: ***“a teoria não só os residentes darem, porque, ok, a gente dá uma aula, mas nem se compara a experiência, a qualificação que o staff tem para dar uma aula” (RM 05, sexo feminino). Grifo nosso.***

A educação bancária e tecnicista, marca da relação pedagógica na residência médica, segue à lógica da domesticação e da opressão, ao transformar a ação pedagógica em um ato mecânico de depositar conhecimento, de informar técnicas. Horas práticas cumpridas nas enfermarias, no pronto atendimento e no bloco cirúrgico, parecem ser meticulosamente arquitetadas para impedir a/o residente de dizer a palavra, de aprender em comunhão e solidariedade e, conseqüentemente, passar “da esfera espontânea de apreensão da realidade para uma esfera crítica, na qual a realidade se oferece como objeto

cognoscível e na qual o homem [ser humano] assume um posicionamento epistemológico” (Freire, 2016, p. 56). Em sua alienação, as/os residentes não compreendem a contraditoriedade humana e seguem sem diferenciar a ação pedagógica que se faz opressora da ação pedagógica libertadora. O desejo é que a residência médica logo acabe, para que siga imitando as/os opressoras/es, cristalizando o mito de que a residência médica consiste em um período de sofrimento e de dominação necessário para aquisição da especialidade. É assim que a opressão encontra, na lógica do atual sistema de ensino, um instrumento de escolha para tornar o *status quo* aceito e prolongá-lo (Freire, 2016, p. 127- 128).

A ação pedagógica para a libertação compreende a capacitação técnica enquanto processo de ação e reflexão de preceptoras/es e de residentes, de modo a compreender o sistema e as forças que operam no intuito de transformar ou não o espaço de cuidado em saúde e a sociedade, pois não é possível ensinar técnicas sem problematizar toda a estrutura em que se darão estas técnicas (Freire, 2017, p.116). Há de se afirmar o lugar necessário da teorização, da leitura, da reflexão, da pergunta e do diálogo, pois:

educar-se se torna uma oportunidade cultural, para os seres humanos perceberem o que realmente significa dizer a palavra da sua perspectiva existencial. Ou seja, algo que só nós podemos fazer e, conseqüentemente, envolve ação e reflexão acopladas e simultâneas. Dizer a palavra, nesta perspectiva verdadeira, é um direito humano de expressar-se e expressar o mundo, de criar e recriar, de decidir e optar, não podendo ser privilégio de alguns poucos que dominam a maioria (Streck et al, 2019, p. 153).

Em um contexto educacional sem relação teoria – prática, a ação médica, que não é cuidado visto que desumaniza, rouba a capacidade crítica da/o residente, tornando o fazer uma ação desprovida de significado, tanto para quem a executa quanto para quem se submete a ela. A ação médica desumanizada impede o questionamento sobre a melhor técnica a ser adotada em cada caso.

O fazer é igual pregar o prego, entendeu? Às vezes você pega muito próximo do martelo, da cabeça, do martelo. Isso você aprendeu a pregar. Só que você não aprendeu que é a melhorar essa função. Você tem que pegar mais distante. É isso que a gente está aprendendo aqui, porque o fazer só de assistir, talvez a gente até consiga. Mas o por que está fazendo? Como é a melhor técnica? Que complicações? É muito melhor você saber disso, muito melhor até para a segurança do paciente (RM 03, sexo masculino).

Desta forma, os residentes não são estimulados a pesquisar, a investigar, a pensar, a entender as causas das doenças e novas possibilidades de tratamento, sendo estabelecido um procedimento padrão, independente do contexto social, econômico e cultural do paciente.

Como nos diz RM 03, não basta somente aprender “a pregar”, é preciso entender porque e como “se prega um prego”. Sendo assim, todo o cuidado em saúde pressupõe uma crítica sobre a realidade, sobre o fazer, sobre a técnica; sem a análise crítica da realidade torna-se impossível exercer a vigilância ética sobre as ações de cuidado que preservam ou não o direito à dignidade humana. Por esta razão, a pedagogia crítica freireana nos fala da impossibilidade de dicotomizar teoria e prática. Não se pode secundarizar a teoria, tão necessária à aquisição da consciência crítica. Na educação crítica e libertadora, ação e reflexão acontecem simultaneamente, tornando a reflexão crítica sobre o fazer, uma exigência da relação teoria/prática, para que a/o residente médica/o reconheça a impossibilidade imediata do uso de uma tecnologia e/ou de uma técnica cirúrgica, por exemplo. Por consequência, Freire (2015) nos fala da necessidade de vivenciar a dialética teoria e prática no contexto pedagógicos. Segundo o autor:

A dialeticidade entre prática e teoria deve ser plenamente vivida nos contextos teóricos da formação de quadros. Essa ideia de que é possível formar uma educadora praticamente, ensinando-lhe a como dizer bom-dia a seus alunos, a como moldar a mão do educando no traçado de uma linha, sem nenhuma convivência séria com a teoria é tão cientificamente errada quanto a de fazer discursos, preleções teóricas, sem levar em consideração a realidade concreta, ora das professoras ora das professoras e de seus alunos. Quer dizer, desrespeitar o contexto da prática que explica a maneira como se pratica, de que resulta o saber da própria prática; desconhecer que o discurso teórico, por mais correto que seja, não pode superpor-se ao saber gerado na prática de outro contexto (Freire, 2015, p. 76).

É preciso encarar o fato de que enquanto o ambiente da residência médica for o lugar central para a produção de um fazer acrítico, preceptoras/es e residentes estarão engajadas/os num processo de cuidado e de ensino extremamente competitivo, apoiador e perpetuador de todas as formas de dominação. Nessa perspectiva, a relação teoria – prática fará exigência ao processo de ensino que se quer democrático e libertador, no sentido de se construir uma consciência crítica, na qual se permita às pessoas estarem conscientes para o não apoio de noções monolíticas de teoria, como adverte Hooks (2019, p. 91):

Precisamos constantemente defender a necessidade de múltiplas teorias emergindo de diversas perspectivas em diversos estilos. Com frequência, aceitamos simples e passivamente essa falsa dicotomia entre o assim denominado “teórico” e aquela escrita mais parecida com e relacionada ao empírico.

No ensino para o cuidado ético em saúde, e em especial na residência médica, uma nova teoria sobre o cuidado e/ou uma nova técnica cirúrgica somente emergirá, a partir de um contexto no qual existe integração do pensamento crítico e da experiência concreta (Hooks, 2019). Para tanto, a formação para a preceptoria médica acarreta reflexão crítica

sobre a prática e se funda obrigatoriamente na dialeticidade entre teoria e prática, portanto:

É indispensável a reflexão crítica sobre os condicionamentos que o contexto cultural tem sobre nós, sobre nossa maneira de agir, sobre nossos valores. A influência que as nossas dificuldades econômicas exercem sobre nós, como podem obstaculizar nossa capacidade de aprender, ainda que careçam de poder para nos “emburrecer”. O contexto teórico, formador, não pode jamais, como às vezes se pensa, ingenuamente, transformar-se num contexto de puro fazer. Ele é, pelo contrário, contexto de quefazer, de práxis, quer dizer, de prática — de teoria (Freire, 2015, p. 76).

De acordo com Dickmann (2020, p.116-117), na educação libertadora freireana, educadoras/es precisam levar a sério a prática educativa e, portanto, devem se assumir como educandas/os, isto é, ensinando e aprendendo concomitantemente e continuamente, pois:

Em tese, ser professor é cuidar da aprendizagem do aluno e contribuir para o desenvolvimento de suas potencialidades, o que demanda perícia técnica, domínio epistemológico, controle emocional, estratégias didático-pedagógicas, mas também sensibilidade para agregar outros saberes que estão associados quando se trata de educar o ser humano, como por exemplo, a busca e compreensão do sentido do que se quer e deseja aprender, quando há sinergia profunda entre o que queremos aprender e o sentimento amoroso que nos leva a ele.

Neste sentido, o preceptor e a preceptora, educadoras/es nos programas de residência médica, necessitam cuidar da própria aprendizagem, visto que:

Incontestavelmente, há que se cuidar de si para cuidar do outro. Em outros termos: cuidar da própria formação, pois o professor qualificado, com pleno domínio de conhecimentos e de saberes desempenha com mais eficiência a atividade de mediar a aprendizagem e de possibilitar o desenvolvimento integral dos seus educandos (Dickmann, 2020, p. 117).

Para a formação permanente da preceptoria médica, na perspectiva ético – crítica – libertadora, resgata-se algumas possibilidades de trabalho nos grupos de estudo e de formação contidas na obra “Professora sim, tia não” de Freire (2015), como por exemplo:

- Trazer para o processo formativo exemplos a partir do cotidiano que permitam o diálogo sobre a prática, um mergulho no fazer que ao ser articulado com a teoria, ou seja na práxis, que ilumine o que nela acontece e o processo em que acontece, se bem realizada ou não, além dos impactos sobre a vida da pessoa em condição de adoecimento;
- Adoção do diálogo crítico horizontalizado, no qual a abertura radical possibilite compreender “os equívocos e os erros cometidos, as “traições” da ideologia ou os obstáculos que dificultam o processo de conhecer” (Freire, 2015, p. 81);

- Construção de uma identidade da preceptoria médica, edificada a partir do saber de experiência feito e do conhecimento construído coletivamente, que permita aos preceptores saber o que desejam com a prática educativa, de modo a orientar o “caminhar para tratar o que querem, que implica saber para que, contra que, a favor de que e de quem se engajam na melhora de seu próprio saber” (Freire, 2015, p. 81);
- Realizar “reuniões interdisciplinares juntando diferentes grupos para o debate de um mesmo tema, visto sob prismas diferentes, mas concernentes” a fim de evitar o risco de um negativo especialismo dos grupos de estudo e de formação (Freire, 2015, p. 81);
- Permuta de vídeos entre diferentes grupos de preceptoria médica, incluindo vídeos sobre os trabalhos de formação dos próprios grupos, no qual ambos os grupos se comprometeriam de gravar suas reações às atividades um do outro, para maior ampliação das experiências de reflexão.

Na preceptoria médica e para além dela, a/o preceptor precisará adotar algumas práticas fundantes do compromisso ético – libertador, entre elas (Freire, 2015; 2003; 2020d; Hooks 2019; 2017):

- Assumir a responsabilidade política, social, pedagógica, ética, estética e científica da sua prática educativa;
- O exercício oral de expor e dialogar sobre sua prática educativa e sobre sua prática profissional;
- O exercício da pesquisa, da leitura e da escrita, assumindo responsavelmente o seu papel enquanto educador/a;
- Ousar pensar com independência, não importando se às vezes se equivoca ou erra;
- Assumir o erro como parte ou momento do processo de conhecimento, de forma a identificar o potencial pedagógico do erro;
- Receber humildemente toda e qualquer contribuição da/o residente a seu campo de estudo e/ou à ao fazer de sua especialidade;
- Oportunizar a si e as/aos residentes a convivência intercultural, interprofissional e intersetorial para ampliar o leque dos desafios e da curiosidade;
- Dialogar de modo a não anular a alteridade do outro;
- Oportunizar a pronúncia da palavra de modo que ninguém permaneça invisível no processo de ensino-aprendizagem;
- Acolher eticamente o outro diferente;

- Exercer e ensinar a tolerância com o diferente, de modo a respeitá-lo e aprender com ele;
- Assumir que a educação não é espaço para afirmar nenhuma forma de dominação;
- Afirmar o direito ou o dever individual e/ou coletivo de ter o direito de lutar, de denunciar, de anunciar;
- Assumir o conhecimento enquanto um processo de construção coletiva, que se faz em comunhão e solidariedade no e com o mundo;
- Adotar a metodologia problematizadora;
- Articular teoria e prática;
- Pensar e refletir criticamente sobre a prática;
- Abraçar o rigor e a disciplina intelectual concernentes à prática docente e à pesquisa;
- Reconhecer a necessidade de se formar permanentemente para o exercício da preceptoria;
- Conhecer o projeto político – pedagógico do programa de residência médica;
- Planejar a atividade pedagógica em concordância com componentes fundamentais da prática educativa (presença de sujeitos, conteúdos, objetivos, método);
- Reconhecer que as práticas didáticas devem ser esquemas flexíveis e não regidas por um sistema fixo e absoluto;
- Descobrir o que as/os educandas/os sabem e o que precisam saber;
- Adotar avaliações em conformidade com a pedagogia ético – crítico – libertadora;
- Informar o plano de ensino bem como os critérios de avaliação;
- Assumir que o trabalho docente implica participação no crescimento intelectual e espiritual da/o educanda/o;
- Criar uma sala de aula onde estar inteiro é bem-vindo, e as/os educandas/os podem ser honestas/os, até mesmo radicalmente abertas/os;
- Aceitar as críticas e criar uma atmosfera em que se fale sobre os gêneros de maneira mais complexa, com reconhecimento das diferenças da condição feminina sobredeterminadas pela raça e pela classe social;
- Criar e empregar estratégias pedagógicas capazes de criar rupturas na ordem estabelecida, promovendo modos de aprender que desafiam a hegemonia da prática educativa bancária;
- Honrar a educação como prática da liberdade, testemunhando que a democracia prospera em ambientes onde o aprendizado é valorizado, onde a habilidade de

pensar é marca de cidadania responsável, na qual a liberdade de expressão e o desejo de dissentir são aceitos e incentivados.

Todavia, é importante destacar que as exigências éticas do processo de ensino aprendizagem na residência médica, não se restringem apenas à preceptoria, devendo alcançar as/os residentes obrigatoriamente, afinal na educação como prática da liberdade os sujeitos aprendem e ensinam com e no mundo.

Por fim, urge recuperar a amorosidade na prática educativa, “uma amorosidade partilhada que proporcione dignidade coletiva e utópicas esperanças em que a vida é referência para viver com justiça neste mundo (Streck et al, 2019, p. 39).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese buscou-se investigar as características da educação médica no contexto dos programas de residência, considerado padrão-ouro da formação médica especializada. Para tanto, estabeleceu-se diálogos individualizados, a partir de roteiro de entrevista semiestruturado, buscando compreender aspectos relativos ao funcionamento, rotina e carga horária; aos papéis sociais e as relações interpessoais que acontecem no percurso formativo; a relação pedagógica preceptor – residente; e, as expectativas presentes desde a escolha até o ingresso no programa de residência. Através dos diálogos, tentou-se responder as questões norteadoras deste estudo, caracterizando o que de fato acontece em programas de residência médica, que sobre à perspectiva freireana, denominou-se nesta tese de Pedagogia do Sofrimento.

Considera-se importante destacar que a realização da entrevista permitiu às/aos residentes “erguer a voz” processo que evocou maiores dores nas residentes pelo simples fato de serem mulheres sobreviventes em um contexto sociocultural encharcado pelo machismo e sexismo. Desafiador se fez a realização da entrevista com os residentes do sexo masculino por, de alguma forma, viverem o privilegiado gozo de serem homens em uma estrutura hierarquizada e enraizada no patriarcado.

Todavia, diante das contradições experienciadas por uma e por outro, dizer a palavra e ter a oportunidade de escutá-la permitiu a essas/esses residentes tensos momentos pelos quais denúncias puderam ser evocadas, dores memoradas e, em algumas circunstâncias, lágrimas formataram cursos em lugares inesperados o da dolorosa formação profissional que se conforma com o exercício do cuidado humano. Inerente a este processo pôde-se perceber que as denúncias não foram gratuitamente lançadas ao vento, mas advieram com o esperançoso anúncio de outras relações possíveis, inscritas em referenciais de que a humanidade pudesse existir.

A solidariedade marcou presença durante as entrevistas e a desesperança cedeu lugar a esperança de que vozes ecoariam, em prol das diferenças humanas que unem os seres humanos, no intuito de anunciar uma outra formação médica possível; formação enriquecida da diversidade de discursos e de presenças, diversidades que intensificam qualquer experiência de aprendizado e de cuidado. Isto posto, convém ressaltar a coragem em transgredir das médicas e dos médicos residentes que ousaram erguer a voz e a contribuir nesta tese de doutoramento pois, compreende-se, a fala como um gesto de

desafio, movimento de transição do silêncio ao diálogo, movimento que cura e possibilita uma vida nova e um jeito novo de ser/estar no mundo.

Este estudo está ancorado em pilares éticos, políticos, epistemológicos e teórico-metodológicos que sustentam a vida. Vida com o sentido e o significado de existir, de poder dizer a palavra, da convivência na comunidade de comunicação (Dussel, 2012). Vida pela qual o valor é a existência mesmo. Existência em que a alteridade compõe solidária relação horizontal em que a *palavramundo* possa ser expressada, dessa maneira considera-se significativo ratificar mulheres e homens, pensadoras(es) latino-americanos e afro-estadunidense aquelas(es) que ajudam a pensar as relações humanas e os processos formativos com as/os residentes médicos presentes nesta tese.

Autoras(es) que, de uma parte, denunciam a feiura inscrita no mundo orientado por ferinos princípios capitalistas e, de outra, anunciam a boniteza de um mundo em que as relações dialógicas, de cuidado e da escuta na construção de comunidades seja possível. Boniteza pela qual Dussel (2012; 1993), Freire (2021a; 2021b; 2020a; 2020b; 2020c; 2020d; 2019a; 2019b; 2019c; 2019d; 2017; 2015; 2013), Hooks (2023a; 2023b; 2022a; 2022b; 2021a; 2021b; 2020; 2019; 2017), Oliveira (2021; 2020; 2003), entre outras(os) autores ajudam a escrever.

Neste contexto, considera-se pertinente ratificar que esta tese colabora com a escrita de uma narrativa histórica emergida desde o ponto de vista da vítima, da pessoa em condição de opressão, quando traz para o centro do debate formativo do PRM no SUS, vozes de residentes médicas/os na interlocução com o movimento ético-libertador da saúde no Brasil. Movimento que permitiu, no contexto dos anos 1970 no Brasil, que as grandes majorias subjugadas deste país experimentassem cinco características inscritas no movimento ético-libertador proposto por Dussel, a saber: a) experiência monológica; b) Consciência crítica como negatividade da vítima; c) Consciência crítica sobre o sistema; d) Consciência ético-crítica do sujeito (Outro) negado pelo sistema, e; e) Compromisso ético-crítico com a realidade causadora das vítimas. Análogo se faz, neste estudo, a vivência opressiva das grandes majorias nos anos 1970 com a experiência de residentes médicas/os em processos formativos de PRM (Ramos; Oliveira, 2020).

Necessário se faz, enfatizar, no contexto desta tese, que a escrita da denúncia de uma pedagogia do sofrimento forjada em contextos formativos do PRM se aproxima a uma preocupada proposição epistemológica e teórico-metodológica aconchegada na amorosidade proposta por Paulo Freire (2019c) e Bell Hooks (2017), teóricos que fundam respectivamente a Pedagogia Libertadora e a Pedagogia Engajada. Amorosidade que não

se confunde com pieguice, mas que trata contextos formativos humanos com necessária responsabilidade a que não pode se furtar na relação educativa o diálogo, a problematização, a curiosidade, a criatividade, a ética, a pergunta, a autonomia. Princípios educativos que urgem dar as mãos aos elementos pedagógicos, conteúdo, objetivos, método, técnica, articulação teórico-prática, avaliação, com as/os residentes.

Neste cenário, a análise das narrativas das/os residentes, por meio do software Iramuteq, fez emergir temas que geraram dores e reflexões, temas propiciadores da estruturação da Pedagogia do Sofrimento, que se apresenta como uma relação estética opressora e desumanizadora, relação pessoa-pessoa, política, militar, não de reconhecimento e inspeção, mas de dominação dos seres humanos – práxis da dominação.

Por meio da Nuvem de palavras, quatro palavras geradoras ganharam destaque: residência, chefe, preceptor e coisa. Residência que, longe de ser uma formação humana, cumpre somente a função de deformação da futura força de trabalho médica especializada. Educação médica que sucumbe ao mercado, ao lucro, à tecnologia, à indústria farmacêutica. Formação médica especializada incapaz de ruborizar diante da objetificação do ser humano. Desprovida de boniteza, de criticidade e da politicidade, a residência médica carece de compromisso ético-estético com o humano, personificado na pessoa da/o residente e da/o usuária/o do SUS. No sistema opressor e desumanizador da residência médica, todas/os estão dependentes da ação concreta do opressor. Opressor, que no contexto é chamado de chefe, especialista médico que forja novos opressores para a manutenção da lógica de dominação. Assim, o chefe é detentor de postura messiânica de salvação, postura constantemente nutrida de arrogância farisaica, que possibilita o regozijo diante do erro, da humilhação, do silenciamento, da objetificação e da desumanização da/o residente e da/o usuária/o do SUS.

Com esta postura necrófila, o chefe, espalha e cristaliza mitos, naturalizando o sofrimento como algo inerente à formação médica especializada. Por meio da postura autocrática e antidialógica, o chefe exercita o poder e o gosto de mandar, de dirigir, de comandar a vida da/o residente médica/o. Todavia, as/os residentes percebem a necessidade de transformar a prática pedagógica da preceptoria, pois, contrapondo-se à ideia de chefe, reconhecem a necessidade de uma formação mais humanizada, dialógica e comprometida com a transformação social, educação comprometida com o *Ser-mais*, na qual o ser humano realiza plenamente a criatividade através da práxis. Para tanto, faz-se necessário que o preceptor assuma a condição de educador/a, refazendo-se permanentemente por meio de capacitação didático-pedagógica, instaurando práticas

dialógicas crítico-reflexivas, capazes de libertar os seres humanos para atuação como sujeito no/com o mundo. Isto posto, a “coisa” que falta na residência médica é a ética da vida, planetária (universal) e endereçada a toda vítima em qualquer lugar em que ela exista. Ética que é cuidado com a vida, ética implicada com reconhecimento da unidade na diversidade e geradora do desejo de democrático de erradicar todo sistema de dominação que se faz presente na e para além da residência médica.

A partir da Análise de similitude verifica-se que a residência médica, tal como está estruturada, faz da/o residente um depósito de conhecimentos técnicos advindos do chefe/preceptor. Modos de fazer e técnicas repassadas como receitas, devendo ser seguidas e não contestadas, sob pena de retaliação e de expulsão do mundo corporativo da especialidade. Com afínco, as/os residentes objetificados/coisificados, já não clamam por um tempo que se destine ao estudo, à reflexão sobre a técnica, sobre o uso excessivo da tecnologia e dos fármacos. Na verdade, a residência faz aflorar o desejo de ter mais tempo para a venda de horas de vida para acúmulo de capital. Destituído da práxis, o ensino deixa de ser humanizado. Deste modo, o tempo da residência se esgota na feitura de procedimentos e no uso de tecnologias de forma automatizada. Tempo tão somente da prática, sem espaço para o diálogo, para a troca, para o estudo, para a análise crítico-reflexiva e para a articulação teoria e prática. Não existe tempo para a vida, para o *Ser-mais*. O que se tem é o tempo da excessiva carga horária, tempo em que se secundariza a teoria, tempo de estresse, de sofrimento, de adoecimento. Tempo em que a/o residente marcha em desamparo para a morte.

Com a análise de similitude foi possível identificar, ainda, que a residência médica é o tempo do esquecimento, do silenciamento e do apagamento do humano. Tempo controlado pelo chefe/preceptor, no qual as/os residentes são moldadas/os para a passividade, automatismo e fixidez. Tempo em que a preceptoria médica, percebida como antidialógica, autocrática, punitiva e violenta, fica destituída de significado e de sentido no processo educativo que se quer libertador.

Identifica-se, a partir das análises, que a figura central na Pedagogia do Sofrimento é o Chefe/Preceptor, sujeito que assume a condição de colonizador/opressor, situando-se enquanto sujeito ativo, prático que impõe sua “individualidade violenta” a outras pessoas, ao “outro”; exercendo domínio sistêmico sobre o corpo e a vida da/o residente. Na relação pedagógica colonizadora/opressora o residente passa a ser objetificado por meio do silenciamento do Eu, do encobrimento de sua cultura e de sua subjetividade, do esvaziamento de sua humanidade até a total desumanização. Quando completada a

residência, tende a assumir a prática colonizadora/opressora aprendida. O seu trabalho então, será no sentido de fortalecer a estrutura opressora. Sistema opressor que, retroalimentado, cristaliza o mito do sofrimento como parte necessária ao processo de formação médica especializada.

Tendo como embasamento o constructo da Pedagogia Crítica Freireana, as características e os aspectos indispensáveis para a efetivação da Pedagogia do Sofrimento, identificadas ao longo deste estudo incluem: ação antidialógica; vigilância hierárquica, rituais de sofrimento e controle; invasão cultural; autoritarismo; excesso de carga horária prática; secundarização da teoria; dominação; alienação; acomodação/ajustamento ao mundo da opressão; cultura do silêncio; educação bancária; conquista; absolutização da ignorância discente; criação de mitos; manipulação; ausência de práxis (ação e reflexão); discriminação e desigualdade de gênero; e, dicotomia teoria – prática.

No contexto dos programas de residência médica, as vozes têm sido forçadamente oprimidas, silenciadas, aprisionadas. Entretanto, faz-se necessário estimular o movimento ético-libertador de reencontrar a voz até que se modifiquem as maneiras de ouvir e ser. Assim, esta pesquisa possibilitou que médicas e médicos residentes reencontrassem suas vozes, na tentativa de romper com mecanismos opressivos de silenciamento, submissão e censura. De fato, a voz libertadora erguida a cada diálogo, reafirmou a tese aqui levantada e subsidiou a construção dessa denúncia-anúncio na perspectiva freireana. As vozes aqui encorajadas a erguer-se, tentam reencontrar-se no/com o mundo, em relações humanas mais éticas, amorosas, dialógicas e justas.

Para uma formação médica especializada, assumidamente comprometida com a formação humana e com a justiça social, formação para um mundo outro possível, foram anunciadas práticas educativas libertadoras, fundamentadas nos projetos políticos pedagógicos do educador brasileiro Paulo Freire e da educadora estadunidense Bell Hooks, dentre as quais: adoção do diálogo crítico horizontalizado; articulação teoria e prática; realização de reuniões interdisciplinares juntando diferentes grupos para o debate de um mesmo tema, visto sob prismas diferentes, mas concernentes; o exercício da pesquisa, da leitura, da escrita, da exposição oral e do diálogo sobre prática educativa e sobre a prática do cuidado em saúde; oportunizar a si e às/aos residentes a convivência intercultural, interprofissional e intersetorial para ampliar o leque dos desafios e da curiosidade; dialogar de modo a não anular a alteridade do outro; oportunizar a pronúncia da palavra de modo que ninguém permaneça invisível no processo de ensino-aprendizagem; acolher eticamente o outro diferente; planejamento da atividade

pedagógica em concordância com componentes fundamentais da prática educativa (presença de sujeitos, conteúdos, objetivos, método); e, adoção de avaliações em conformidade com a pedagogia ético – crítico – libertadora.

No sentido de construção de uma identidade da preceptoria médica é preciso investir em qualificação didático-pedagógica das/os profissionais médicas/os que desejam atuar não somente na formação de especialistas, mas desde a graduação em medicina, propiciando a retomada das humanidades de modo a transformar a educação médica em um espaço dialógico e ético, rompendo com toda forma de dominação. Nesse percurso de autoformação da preceptoria, torna-se essencial a garantia de acesso, de crítica e de reconstrução dos projetos político– pedagógicos dos programas de residência médica, de modo a instaurar um outro paradigma pedagógico, possibilitador da re-humanização do mundo. Todavia, urge que a gestão institucional e pedagógica, instituem processos de qualificação permanentes da preceptoria, de acordo com os princípios éticos da pedagogia libertadora e humanista freireana. Percurso formativo que seja, antes de tudo, um caminhar solidário entre gestão, preceptoria e residentes, de modo a orientar o processo de reconstrução da formação médica especializada, no sentido de transformação e da justiça social.

Para além da avaliação da/do residente médica/o, deve-se adotar processos avaliativos da gestão pedagógica, da gestão dos programas de residência, da infraestrutura institucional e da preceptoria médica pois, no contexto ético – crítico – libertador, processos avaliativos dialógicos precisam existir, em conformidade com a autonomia e com a democracia; afinal nenhum processo formativo humano, ético e democrático pode ser pensado segundo um único viés avaliativo. Desta forma todas e todos precisam entender a responsabilidade assumida no percurso formativo que se deseja libertador. Contudo, será necessário instituir locais de formação nos quais todas e todos tenham a oportunidade de expressar seus temores e ao mesmo tempo aprender a criar estratégias para abordar o ensino aprendizagem e o cuidado à saúde em contexto interdisciplinar, intercultural e intersetorial; espaços educativos e de cuidado, nos quais a educação como prática da liberdade reafirme, cotidianamente, a democracia, a paz, a solidariedade, a tolerância e o amor entre os humanos.

Reafirma-se a importância desta tese de doutoramento, enquanto problematizadora da formação médica especializada, constituindo-se, portanto, em uma denúncia – anúncio de outra possibilidade para a educação médica, educação compromissada ético e politicamente com os seres humanos e refazedora da esperança no

cotidiano do cuidado em saúde. Entretanto, outras pesquisas precisam ser realizadas no sentido de problematizar mais amiúde, questões de gênero, de classe e de raça, marcadores que repercutem na manutenção da lógica opressora e desumanizadora da medicina no Brasil.

Por fim, afirma-se a possibilidade de reinventar a educação médica especializada, com constante insistência em uma ética da alteridade, da solidariedade, da tolerância, da amorosidade, fundada no diálogo entre os seres humanos, na comunhão e na escuta do Outro; um ensino médico com respeito à pessoa em sua condição de unicidade e com incansável esperança nas possibilidades históricas de humanização do mundo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percursos, perspectivas e desafios**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015, 272 p.

ABEDINI, N.C., STACK, S. W., GOODMAN, J.L., & STEINBERG, K. P. (2018). “It's not just time off: a framework for understanding factors promoting recovery from burnout among internal medicine residents. **Journal of graduate medical education**,10(1),26.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura Pontes. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lucia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.284 p.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J.. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884–899, out. 2011.

BENTES, José Anchieta de Oliveira; MERCÊS, Ronielson Santos das; LOUREIRO, Simone de Jesus da Fonseca. ALTERIDADE EM BUBER, BAKHTIN E FREIRE: incursões epistemológicas. **Revista Periferia**, uma publicação eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Educação, Cultura e Comunicação em Periferias Urbanas - PPGECC/UERJ-ISSN: 1984-9540, v.12,n.1,p. 12-35,jan./abr.2020

BÔAS, Lígia Marques Vilas; DALTRO, Mônica Ramos; GARCIA, Carolina Pedroza; MENEZES, Marta Silva. Educação médica: desafio da humanização na formação / Medical education: Challenges of humanization in training. **Saúde Redes**; 3(2): 172-182, abr.-jun. 2017. Disponível em:<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/816>

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do cuidado, compaixão pela terra**. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BARDIN, L. (2016). Análise de Conteúdo. **Revista Eletrônica de Educação**, São Paulo, ed.70,p.229.

BOND, M.M. K., OLIVEIRA, M. S. D., BRESSAN, B.J.,Bond, M. M.K., Silva, A.L.F.A.D., & MERLO, Á. R. C. (2018). Prevalência de Burnout entre Médicos Residentes de um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 42(3), 97-107.https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022018000300097&script=sci_arttext

BORGES, F. Q. et al.. Negociações (im)possíveis: a preceptoria e os desafios na relação entre ensino e serviço. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 4, p. e234, 2021.

BRANDÃO, E. R. M.; ROCHA, S. V.; SILVA, S. S. DA. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: Reorientando a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, p. 573–577, out. 2013.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 1, DE 4 DE ABRIL DE 2019 - **Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Cirurgia de Cabeça e Pescoço no Brasil.** Disponível em: www.anaceu.org.br/download/legislacao/resolucao/MATRIZESDE-COMPETENCIAS-DOSPROGRAMAS-DE-RESIDENCIA-MEDICA-CNRM.pdf. Acesso em: 12 nov.2020.

_____. DECRETO Nº 8.516, DE 10 DE SETEMBRO DE 2015. **Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art.1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8516.htm. Acesso em: 12 nov. 2020.

_____. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. RESOLUÇÃO CNRMS Nº 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25 **Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde.** Brasil: CNRMS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS no 198/GM/MS - 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior/Comissão Nacional de Residência Médica. RESOLUÇÃO Nº 27, DE 18 DE ABRIL DE 2019. **Disciplina a oferta de estágio optativo no âmbito dos programas de residência médica.** Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/resolu%C3%87%C3%83o-n%C2%BA-27-de-18-de-abril-de-2019-83415290>.

_____. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. **Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes.** Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRMS-05-2014-11-07.pdf>. Acesso em: 4 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - 4. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.72 p.:il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Redes de produção de saúde.** 1 ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2010,44p.

_____. Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações**

determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

_____. Decreto presidencial nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. **Regulamenta a Residência Médica e cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília, 5 de setembro de 1977.

_____. Lei nº 8080/90, 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, 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde;** organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 260 p.

_____. Lei nº 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, 22 de outubro de 2013.

_____. (1977). Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. **Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências.** <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/leg.pdf>

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. (2018). **Tutorial para uso do software de análise textual IRaMuTeQ.** Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de: em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>

CARVALHO FILHO, A. DE M. et al.. Training in Medical Residency: the preceptors' view. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 2, p. e052, 2022.

CASTRO, Janete Lima de. VILAR, Rosana. OLIVEIRA, Nathalia. **As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde.** Natal, RN: UNA, 2016, 254p.

CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2007, 531p.

CECCIM, Ricardo Burg et al. **Formação de Formadores para Residências em Saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva.** 1ª Edição. Porto Alegre/RS: Rede UNIDA, 2018.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 589–599, abr. 2011.

CHACON, Daniel Ribeiro de Almeida (organizador). **Pedagogia da resistência: escritos a partir da vida e obra de Paulo Freire**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021,422p.

CHEW, Q. H., HOLMBOE, E., & SIM, K. (2019). Learning environment, stress and coping in psychiatry residents within a national training program: a longitudinal study. **Perspectives on medical education**, 8(3), 160-166. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40037-019-0512-7>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina** – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. 108 p. 15 cm.

COSTA, M. L.; GUAZZELLI BERNARDES, A.; GRUBITS, S. Entrevista da Revista Psicologia e Saúde com Enrique Dussel: Ética, Filosofia Política e o Campo da Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 2, 11.

COSTA, Dayane Aparecida Silva et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2018, v. 22, n. 67 [Acessado 24 Fevereiro 2022], pp. 1183-1195. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>>. Epub 06 Ago 2018. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>.

DE BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice. Entre dois continentes: literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes. **O Mundo da Saúde**, São Paulo:2010;34(3):311-319. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/77/311a319.pdf. Acesso em: 12 nov. 2020.

DIAS, Alder de Sousa; OLIVEIRA, Ivanilde Apoluceno de. Ética de Enrique Dussel e educação de jovens e adultos: diálogo com fim libertador. **Revista Anaclética**, vol. 1, num. 8, 2015. Arkho Ediciones. Argentina. Disponível em:<<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/251/2511160001/2511160001.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2021.

DICKMANN, Ivo. DICKMANN, Ivanio. (Organizadores). **100 anos com Paulo Freire**. Tomo 1. 1 ed., v. 1. Chapecó: Livrologia, 2021.

_____, Ivanio. **Paulo Freire: método e didática**. / Ivo Dickmann, Ivanio Dickmann. 1.ed. – Chapecó: Livrologia, 2020. (Coleção Paulo Freire, v. 3).

_____. **Educar é um ato de amor**. / Ivanio Dickmann (organizador) 1.ed. – Veranópolis: Diálogo Freiriano, 2020. (Coleção Educar é um ato de amor, 1).

_____. **Pedagogia da memória**. Chapecó: Sinproeste, 2017. 264 p.

DUSSEL, Enrique. **Ética da libertação na idade da globalização e da exclusão**. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012, 672 p.

_____. **1492: o encobrimento do outro (a origem do “mito da Modernidade”)**. Petrópolis, RJ: 1993, 196p.

ERCOLE, F. F., MELO, L. S. D., & ALCOFORADO, C. L. G. C. (2014). Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, 18(1), 9-12. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>

FLEURI, Reinaldo. **Entre disciplina e rebeldia na escola**. Brasília: Liber Livro Editora, 2008, 124p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 29 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2021a, 333p.

_____. **Cartas à Cristina: reflexões sobre minha vida e minha práxis**. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2021b, 415p.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 47a ed. São Paulo: Paz e Terra, 2020a, 189p.

_____. **Política e educação**. 5 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e terra 2020b, 144p.

_____. **Educação e Mudança**. 42ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2020c, 110p.

_____. **Pedagogia da Tolerância**. 7a ed. São Paulo: Paz e Terra, 2020d, 399p.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 62 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra 2019a, 143p.

_____. **Pedagogia da indignação cartas pedagógicas e outros escritos**. 5 ed. São Paulo: Paz e terra, 2019b, 160p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 71 ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2019c, 256 p.

_____. **Ação Cultural para a liberdade e outros escritos**. 17 ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2019d, 251 p.

_____. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro/São Paulo: 2017, 127p.

_____. **Professora sim, tia não** [recurso eletrônico] cartas a quem ousa ensinar / Paulo Freire. - 24. ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015. [recurso digital].

_____. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2013, 221 p.

_____. **Conscientização**. São Paulo: CORTEZ, 2016, 167p.

_____. **Cartas à Cristina: reflexões sobre minha vida e minha práxis**. 2ed. São Paulo: UNESP, 2003.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FREITAS, A. L. C. de; FREITAS, L. A. de A. Alteridade e relações dialógicas: aproximações entre os pressupostos de Enrique Dussel e Paulo Freire. **Revista on line de Política e Gestão Educacional**, Araraquara, v. 23, n. 1, p. 202–216, 2019. DOI: 10.22633/rpge.v23i1.11965. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/rpge/article/view/11965>. Acesso em: 14 abr. 2024.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 3, p. 51–71, ago. 1998.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica em saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, 174p

FIOCRUZ. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>.

FLEURI, Reinaldo Matias. Alteridade e diálogo em Paulo Freire. , J. A. O.; LOBATO, H. K. G. [entrevista concedida a José A. O. Bentes e Huber K. G. Lobato]. In: **Revista Periferia. Educação, Cultura e Comunicação. Alteridade e Diálogo na Educação: Buber, Bakhtin e Freire**. v. 12, nº 1, jan/abr.2020. p. 248-270. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/view/48449>

FRANCO, Talita.; SANTOS, Elizabeth Gomes dos. Mulheres e cirurgiãs. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 37, n. 1, p. 072–077, jan. 2010.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. 2 ed. Porto Alegre: L&PM, 2011, 272p.

GOMES, A. P.; REGO, S.. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 3, p. 299–307, jul. 2014.

HATEGAN, A., & RIDDELL, T. (2020). Bridging the gap: Responding to resident burnout and restoring well-being. **Perspectives on medical education**, 1-6. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40037-020-00567-3.pdf>

HOELZ, L., & CAMPELLO, L. (2015). Relação entre Síndrome de Burnout, erro médico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina. **Rev Bras Med Trab**, 13(2), 126-34. http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/rbmt_volume_13_n%C2%BA_2_29320161548207055475.pdf#page=72

HABOWSKI, Adilson Cristiano; CONTE, Elaine; PUGENS, Natália de Borba. A perspectiva da alteridade na educação. **Conjectura: Filos. Educ.**, Caxias do Sul, v.23, n.

1,p.179-197,jan./abr.2018.Disponívelem:<http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/viewFile/5541/pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

HOOKS, Bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. 20 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: 2023a, 176p.

_____. **Irmãs do inhamo: mulheres negras e autorrecuperação**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2023b, 265p.

_____. **E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismo**. 20 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: 2022a, 319p.

_____. **Pertencimento: uma cultura de lugar**. São Paulo: Elefante, 2022b, 284p.

_____. **Tudo sobre o amor: novas perspectivas**. São Paulo: Elefante, 2021a, 272 p.

_____. **Ensinando comunidade: uma pedagogia da esperança**. São Paulo: Elefante, 2021b, 300 p.

_____. **Ensinando o pensamento crítico: sabedoria prática**. São Paulo: Elefante, 2020, 288 p.

_____. **Erguer a voz: pensar como feminista, pensar como negra**. São Paulo: Elefante, 2019a, 384p.

_____. **Teoria feminista** [recurso eletrônico]: da margem ao centro / bell hooks; tradução Rainer Patriota. São Paulo: Perspectiva, 2019b.

_____. **Ensinando a transgredir. A educação como prática da liberdade**, 2ed. São Paulo: Editora WFM Martins Fontes, 2017, 283 p.

KELLY, C., Noonan, C. L., & MONAGLE, J. P. (2011). Preparedness for internship: a survey of new interns in a large Victorian health service. **Australian Health Review**, 35(2), 146-151. <http://www.publish.csiro.au/AH/AH10885>

KOHAN, Walter. **Paulo Freire, mais do que nunca: uma biografia filosófica**. 1 ed. Belo Horizonte: Vestígio, 2019, 269 p.

_____. **Paulo Freire: um menino de 100 anos**. Rio de Janeiro: NEFI, 2021 (Coleção Ensaios: 10)

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudança na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. 2 ed. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2009,305p.

LIU,C.H.,TANG,W.R., WENG,W.H.,Lin,Y.HI., & CHEN, C. Y.(2016). The process of coping with stress by Taiwanese medical interns: a qualitative study. **BMC medical education**, 16(1), 1-6.<https://link.springer.com/article/10.1186/s12909-016-0534-3>

LISPECTOR, Clarice. **A descoberta do mundo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

LOPES, Márcia Maria B; SANTOS, Raquel Cristina C.; SENA, Teresa Christina C.B. O cenário das residências multiprofissionais em saúde no estado do Pará: os avanços e desafios para a formação permanente para o Sistema Único de Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio (org.) et al. **Aprender com a prática e atuar em coletivos: interseções ensino e trabalho no escopo da saúde**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Vivências em Educação na Saúde, v.13). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-08-3.

MACHADO, Maria Helena e XIMENES, Francisco Rosemiro Guimarães. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 17 abril 2021], pp. 1971-1979. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>.

MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B., & LEITER, M. P. (2001). **Job burnout**. *Annual review of psychology*, 2(1), 397-422. <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. **Residência integrada em cenas: ensaios críticos acerca da formação do profissional em saúde** / Roberto Henrique Amorim de Medeiros. -1. ed.-Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 287 p.:il. - (Série Vivências em Educação na Saúde).

MENESES, J.R. et al. Residências em saúde: os movimentos que as sustentam. In: CECCIM, R. B. et al. (Org). **Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva**. Recurso eletrônico. 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2018.p. 33-48.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2009.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8. ed. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 2003.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro** / Edgar Morin ; tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya ; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. – 2. ed. – São Paulo : Cortez ; Brasília, DF : UNESCO, 2000.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; MUSSI, Leila Maria Prates Teixeira; ASSUNÇÃO, Emerson Tadeu Cotrim; NUNES, Claudio Pinto. Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista Sustinere**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 414-430, 2020. DOI: 10.12957/sustinere.2019.41193. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/sustinere/article/view/41193>. Acesso em: 28 abr. 2024.

NASCIMENTO, M. E. DE F. M. DO . et al.. Promovendo equidade de gênero nas especialidades cirúrgicas: experiência de programa de mentoria na América Latina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021.

OGAWA, R., SEO, E., MAENO, T., ITO, M., SANUKI, M., & MAENO, T. (2018). The relationship between long working hours and depression among first-year residents in Japan. **BMC medical education**, 18(1), 1-8. <https://bmcomeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1171-9>

OGBOGHODO, E. O., & EDEMA, O. M. (2020). Assessment of burnout amongst resident doctors in Benin City, Edo State, Nigeria. **Nigerian Postgraduate Medical Journal**, 27(3), 215. <https://www.npmj.org/article.asp?issn=11171936;year=2020;volume=27;issue=3;spage=215;epage=223;aulast=Ogboghodo>

OLIVEIRA, Waldma Máira Menezes de; OLIVEIRA, Ivanilde Apoluceno; MATOS, Lyandra Lareza da Silva. A Teoria Da Dialogicidade Em Martin Buber E Paulo Freire: Aproximações E Divergências Conceituais. **Revista periferia**, V. 12, N. 1, JAN./ABR.2020. p.36-60.

OLIVEIRA, Ivanilde Apoluceno de; SANTOS, Tânia Regina Lobato dos [Orgs.] **Tramas conceituais sobre o pensamento educacional de Paulo Freire**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2022. 120p

_____. A boniteza de Paulo Freire em práticas de educação popular em ambientes hospitalares. In: FREIRE, Ana Maria Araújo (Org.) com colaboração de MILANO, Becky. **A palavra boniteza na leitura de mundo de Paulo Freire**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

_____. Resistências decoloniais: o ser e o viver em Enrique Dussel e Paulo Freire. In: CANDAU, Vera Maria (org.). **Pedagogias decoloniais e interculturalidade: insurgências**. Sapucaia, RJ: Editora Novamerica e Apoena, 2020, p.23-33.

_____. RAMOS, João Batista Santiago. **Filosofia e ética da libertação de Enrique Dussel**. 1.ed. - Veranópolis: Diálogo Freiriano, 2020. 129 p.

_____. **Leituras freireanas sobre educação**. São Paulo: Editora UNESP, 2003. 119p.

PARO, C. A.; VENTURA, M.; SILVA, N. E. K. E. PAULO FREIRE E O INÉDITO VIÁVEL: ESPERANÇA, UTOPIA E TRANSFORMAÇÃO NA SAÚDE. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. e0022757, 2020.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Coordenação de Educação na Saúde. Gerência de Educação Permanente. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde: PEEPS 2019-2022**/Secretaria de Estado de Saúde Pública. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Coordenação de Educação na Saúde. Gerência de Educação Permanente - Belém: SESP, 2018.254 p.

PASQUALUCCI, P. L., DAMASO, L.L.M., DANILA, A.H., FATORI, D., Neto,F.L.,& KOCH, V.H. K. (2019). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in medical residents of a Brazilian academic health system. **BMC medical education**, 19(1), 1-5.<https://link.springer.com/article/10.1186/s12909-019-1621-z>

PEREIRA, I.B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>.

PERNICIOTTI, Patrícia et al. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 35-52, jun. 2020 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 jun. 2022.

PINTO, Hêider Aurélio (org.). **Por que o Mais Médicos foi formulado e implementado? ação dos atores e legado institucional** / Organizador: Hêider Aurélio Pinto. -1.ed.-Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. 485 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v.13).

PINTO, F. C. F. et al.. Perfil dos Egressos da Residência Médica em Cirurgia Geral de uma Universidade do Interior Paulista. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 144–154, out. 2018.

PIROLO, Sueli Moreira; FERRAZ, Clarice Aparecida; GOMES, Romeu. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. **Rev.esc.enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1396-1402, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0080-62342011000600017&access=on 16 Apr. 2021.ng=endnrm=iso>.<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600017>.

RIOS, I. C.. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 253–261, abr. 2009.

RIOS, Izabel Cristina; SCHRAIBER, Lília Blima. **Humanização e Humanidades em Medicina: a formação médica na cultura contemporânea**. São Paulo: Ed. Unesp, 2012, 291p.

ROSA, Luís Carlos Dalla. A alteridade e a relação pedagógica no pensamento de Enrique Dussel. In: **Revista Diálogo**, nº 19, 2011, p. 131-144. Disponível em: <<https://svr-net15.unilasalle.edu.br/index.php/Diálogo/article/view/186/200>>. Acesso em: 25 jun.2021.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344p.

_____. et al., **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312p.

SANTOS Isabelle Christine Oliveira dos, LIMA Tereza Cristina Batista de, PAIVA Luis Eduardo Brandão, MARQUES Davi Sampaio, GUIMARÃES Elidihara Trigueiro. Socialização Profissional sob a Ótica de Cirurgiãs: Desafios e Realização na Carreira Profissional. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 25, n. 4, ago. 2020. Disponível em: <https://rac.anpad.org.br/index.php/rac/article/view/1449>. Acesso em: 20 mar. 2022.

SANTOS, E. G. et al.. Avaliação da preceptoria na residência médica em cirurgia geral, no centro cirúrgico, comparação entre um hospital universitário e um hospital não universitário. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 39, n. 6, p. 547–552, nov. 2012.

SILVA, José Vicente Medeiros da. Filosofia, responsabilidade e educação em Enrique Dussel. **Revista Perspectiva Filosófica**-ISSN: 2357-9986, [S.1.], v.38, n.2, nov.2013.ISSN 2357-9986. Disponível em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/perspectivafilosofica/article/view/230203>>. Acesso em: 02 jul.2021.doi:<https://doi.org/10.51359/2357-9986.2012.230203>.

SILVA, Alcino Lázaro da. Reflexões sobre perspectivas da pós-graduação. **Acta Cirúrgica Brasileira** [online]. 2005, v. 20, n. 6 [Acessado 25 fevereiro 2022], pp. 411-413. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000600002>>. Epub 08 Nov 2005. ISSN 1678-2674. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000600002>.

STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José. Dicionário Paulo Freire. 4ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019, 508p.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Retratos da formação médica nos novos cenários da prática**. 2 ed. São Paulo: Hucitcc, 2014, 157p.

RAMOS, Klyssia Câmara Brandão. **Sistema único de saúde brasileiro x sistema de saúde norte americano: um estudo comparativo**. <https://www.riuni.unisul.br/handle/12345/5672?show=full>

RATNAKARAN, B., PRABHAKARAN, A., & KARUNAKARAN, V. (2016). Prevalence of burnout and its correlates among residents in a tertiary medical center in Kerala, India: A cross-sectional study. **Journal of postgraduate medicine**, 62(3), 157. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4970341/>

RUNYAN, C., SAVAGEAU, J. A., POTS, S., & WEINREB, L. (2016). Impact of a family medicine resident wellness curriculum: a feasibility study. **Medical education online**, 21(1). 30648. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3402/meo.v21.30648><https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3402/meo.v21.30648>

RIBEIRO, Marco Túlio Aguiar Mourão. **Avaliação da formação médica: perfil sociodemográfico, formativo e das escolhas por especialidades dos candidatos à seleção de residência médica no estado do Ceará de 2012 a 2018**. São Paulo: Editora Dialética, 2022, 208p.

ROSA, João Guimarães. **Grande sertão veredas**. 1 ed. Editora Nova Aguilar, 1994.875p.

ROMÃO, Gustavo Salata et al. **Residência médica: ensino e avaliação de competências**. Barueri [SP]: Manole, 2022,536p.

SARWAR, S., & TARIQUE, S. (2016). Perception of educational environment: Does it impact academic performance of medical students?. **Environment**, 66(1210).<https://mail.jpma.org.pk/PdfDownload/7921>

SCHWEICKARDT, Júlio César; Lima, Rodrigo Tobias de Sousa; Ferla, Alcindo Antônio (org.) **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes** /Organizadores: Júlio César Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima e Alcindo Antônio Ferla. 1.ed. -Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2021.248 p.:(Série Saúde & Amazônia, v.16).

SILVA, Esther Pereira et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.17, n.2, p. 197-202, 2013.

SILVA, Jaqueline Roberta da; MANIGLIA, Fabíola Pansani; FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves. Paulo Freire e Edgard Morin na pós-graduação: perfil e percepções de egressos de um programa de pós-graduação em Promoção da Saúde. **Rev. Bras.Educ.**, Rio de Janeiro, v. 25, e250061, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141324782020000100252&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Mar. 2021. Epub Dec 21,2020. <https://doi.org/10.1590/s1413-24782020250061>.

SOUZA, Rosa Maria Pinheiro (Org.). **Educação Permanente em Saúde: experiência viva na rede brasileira de escolas de saúde pública**. Rio de Janeiro, RJ:ENSP/RedEscola, 2016, 131p.

SOUZA, Elizeu CLEMENTINO DE; ABRAHÃO, Maria Helena Menna Barreto (Orgs). **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006, 357p.

SOUSA, L.M.M., MARQUES-VIEIRA, C. M.A., SEVERINO, S.S.P., & ANTUNES, A. V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista investigação* 17-26. **Enfermagem**, 21(2), cm https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem.

STRECK, Danilo. R; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime J. **Dicionário Paulo Freire**. 4ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019. 508 p.

SUM, M.Y., CHEW, Q. H., & SIM, K. (2019). Perceptions of the Learning Environment on the Relationship Between Stress and Burnout for Residents in an ACGME-I Accredited National Psychiatry Residency Program. **Journal of graduate medical education**, 11(4 Suppl), 85. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6697290/>

TORRES, R. B. S. et al... Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170691, 2019.

THE LANCET. Saúde no Brasil. **The Lancet. Health in Brazil**. 2011 May 9. Disponível em <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>. Acesso em:18 mar.2021.

VANNUCHI, Camilo. **Sérgio Ricardo avisou: 'Olho aberto, ouvido atento e a cabeça no lugar...** - Notícias UOL, 24 de julho de 2020. Disponível em <https://noticias.uol.com.br/colunas/camilo-vannuchi/2020/07/24/sergio-ricardo-avisou-olho-aberto-ouvido-atento-e-a-cabeca-no-lugar.htm#:~:text=S%C3%A9rgio%20Ricardo%20esteve%201%C3%A1%20e,Calabou%C3%A7o%2C%20no%20centro%20do%20Rio.>

VAN VENDELOO, S. N., GODDERIS, L., BRAND, P. L., VERHEYEN, K. C., ROWELL, S.A., & HOEKSTRA, H. (2018). Resident burnout: evaluating the role of the learning environment. **BMC medical education**, 18(1), 1-8. <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1166-6>

VENDRUSCOLO, Carine; DA SILVA, Maira Tellechea; KLEBA, Maria Elisabeth. Integração ensino-serviço-comunidade na perspectiva da reorientação da formação em saúde. **Revista Sustinere**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 245 - 259, jan. 2018. ISSN 2359-0424. Disponível em: <<https://www-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/30559>>. Acesso em: 18 mar.2021. doi:<https://doi.org/10.12957/sustinere.2017.30559>.

VERWEIJ, H; van RAVESTEIJN, H., van HOOFF, M. L., LAGRO-JANSSEN, A.L., & SPECKENS, A. E. (2018a). Does mindfulness training enhance the professional development of residents? A qualitative study. **Academic Medicine**, 93(9), 13351340. https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2018/09000/Does_Mindfulness_Training_Enhance_the_Professional.27.aspx

VERWEIJ, H., van RAVESTEIJN, H., van HOOFF, M. L., LAGRO-JANSSEN, A.L., & SPECKENS, A. E. (2018b). Mindfulness-based stress reduction for residents: a randomized controlled trial. **Journal of general internal medicine**, 33(4), 429-436. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-017-4249-x>

APÊNDICE

Apêndice A – Roteiro de Entrevista Semiaberto



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

APÊNDICE A- Roteiro de Entrevista Semiaberto

Código do participante: R n° _____	Sexo: () F () M	Idade: _____
Categoria Profissional: _____	Tempo de Formação: _____	Instituição formadora: _____
Nome do Programa de Residência	Instituição responsável pelo programa	
O que é residência médica?		
Por que você escolheu ingressar no Programa de residência médica?		
Qual o papel do residente?		
Qual o papel do preceptor?		
Como você descreve a relação pedagógica entre residente e preceptor?		
Como ocorre o ensino na residência médica? Você pode descrever a prática educativa na residência médica?		
Como você avalia o ensino na residência médica? É um ensino dialógico e humanizador? Justifique sua resposta		
Como a residência tem contribuído para sua formação profissional e pessoal?		
Quais as sugestões para melhorar o ensino na residência médica?		
Quais as características de um bom programa de residência?		

APÊNDICE

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa. As informações contidas neste termo serão fornecidas por Teresa Christina da Cruz Bezerra (pesquisadora responsável), doutoranda do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade do Estado do Pará (PPGED/UEPA), para que você possa autorizar sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, podendo sair da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum.

1. Título da pesquisa: A formação em serviço no Sistema Único de Saúde: princípios para uma educação dialógica de médicas (os) especialistas no Hospital [REDACTED]

2. Objetivo principal: Compreender o processo de ensino-arendizagem no programa de residência médica para determinar princípios para uma educação dialógica no SUS na perspectiva de Paulo Freire.

3. Justificativa: A formação deve provocar uma tomada de consciência pelo sujeito, que é ao mesmo tempo trabalhador e usuário do SUS, e ser um convite ético-político para efetivação do direito à saúde no Brasil, que obrigatoriamente perpassa pela prática educativa dialógica para a construção de um SUS igualitário e universal.

4. Procedimentos: Você será contatado (a) por celular para agendamento da entrevista. Na data marcada, a entrevista será realizada no Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital [REDACTED] roteiro de entrevista semi-estruturado possui perguntas objetivas sobre os dados sócio demográficos e 10 questões subjetivas. A entrevista será gravada com gravador digital ou aplicativo de gravação do celular.

5. Riscos: Durante a pesquisa poderá ocorrer dispersão dos seus dados pessoais e das informações do seu questionário. Para minimizar tais riscos será utilizado o código alfanumérico para identificação da entrevista com as letras RM (de RESIDENTE MÉDICO), seguido do número sequencial das entrevistas (Ex: RM1, RM2, RM3...). A pesquisadora assumirá o compromisso de não divulgar nome ou quaisquer outros dados pessoais utilizados na pesquisa, assegurando a confiabilidade e a privacidade. Quanto ao risco de constrangimento, o participante tem o direito de se abster de qualquer pergunta que lhe cause constrangimento, não implicando em nenhum prejuízo ao participante. Destaca-se também, que as informações coletadas nas entrevistas, serão guardadas por um período de cinco anos e depois destruídas. O participante pode desistir da pesquisa em qualquer momento, sendo-lhe entregue todo o material coletado.

6. Benefícios: identificação das dimensões da ação pedagógica nos programas de residência médica e identificação de estratégias educativas que contribuirão para uma educação dialógica nos espaços de formação do SUS. Além disso, visa fortalecer os diálogos sobre as residências em saúde com a comunidade, preceptores, tutores, coordenadores e residentes sobre sua importância, potencialidades e sinalizar lacunas, permitindo o aprimorar o processo

ensino-aprendizado em serviço, promovendo uma formação cada mais qualificada dos profissionais para atuação em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

7. Retirada do Consentimento: Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem nenhum prejuízo.

8. Garantia do Sigilo: A pesquisadora garante a privacidade e a confidencialidade dos seus dados.

9. Formas de Ressarcimento das Despesas e/ou Indenização Decorrentes da Participação na Pesquisa: Você não receberá nenhum pagamento ou recompensa por participar desta pesquisa, mas se ocorrer uma situação em que haja necessidade de cobrir despesas decorrentes da pesquisa ou danos causados pela pesquisa, os gastos serão de responsabilidade das pesquisadoras.

10. A qualquer momento da pesquisa você poderá entrar em contato pelos meios disponibilizados neste termo, como telefone ou e-mail, tanto das pesquisadoras como do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade do Estado do Pará.

11. CEP é um órgão institucional constituído por profissionais de várias áreas, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas de acordo com sua integridade e dignidade, este órgão tem como objetivo contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos –Res. CNS nº 466/12). O Comitê de Ética do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Pará é responsável pela avaliação e acompanhamento dos protocolos de pesquisa sobre normas éticas. Endereço do Comitê de Ética da UEPA: Tv. Perebeui, 2623, Biblioteca, 1º andar, sala 01. Bairro: Marco. Contato: (91) 3131-1781. E-mail: cepccbs@uepa.br. Horário de Funcionamento: segunda a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e 13:00 às 16:00h

12. Informações da pesquisadora responsável: Teresa Christina da Cruz Bezerra. Celular (91) 992070207. E-mail cruzbezerrat@gmail.com

13. Este termo está impresso em 2 vias, sendo que uma fica com você e outra com o pesquisador, ambas devem ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, por você e pelo pesquisador, devendo as assinaturas estarem na mesma folha.

Declaro que obtive de forma ética a assinatura do participante da pesquisa e que segui rigorosamente tudo o que a resolução do CNS nº 466/12 e 510/16 determinam.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

14. Consentimento Pós-Infomação:

Eu, _____, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum para mim. Confirmando que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a realização do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos somente em meio científico.

Belém, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante da pesquisa

APÊNDICE

Apêndice C – Declaração Aceite do Orientador



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

APÊNDICE E – Termo de Aceite do Orientador

Eu, Professora Dra. Ivanilde Apoluceno de Oliveira do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade do Estado do Pará (PPGED/UEPA), aceito orientar o trabalho intitulado "A FORMAÇÃO EM SERVIÇO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS PARA UMA EDUCAÇÃO DIALÓGICA DE MÉDICAS (OS) ESPECIALISTAS NO HOSPITAL [REDACTED] [REDACTED] de autoria da doutoranda Teresa Christina da Cruz Bezerra. Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da qualificação e da defesa da tese de doutoramento. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do projeto de pesquisa ora entregue.

Belém – Pará 13 de agosto de 2022.

Dra. Ivanilde Apoluceno de Oliveira

Orientadora

nildeapoluceno@uol.com.br

(91) 988065657

APÊNDICE

Apêndice D – Termo de Compromisso do Pesquisador



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

APÊNDICE F – Termo de Compromisso do Pesquisador

TÍTULO DO PROJETO: A FORMAÇÃO EM SERVIÇO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS PARA UMA EDUCAÇÃO DIALÓGICA DE MÉDICAS (OS) ESPECIALISTAS NO HOSPITAL [REDACTED]

ORIENTADOR: Dra. Ivanilde Apoluceno de Oliveira

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Teresa Christina da Cruz Bezerra

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem os seguintes compromissos:

1. Preservar a privacidade e a integridade física dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
2. Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;
3. Respeitar todas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução deste projeto.

Belém - Pará 13 de agosto de 2022.

Teresa Christina da Cruz Bezerra

Pesquisadora responsável

cruzbezerrat@gmail.com

(91) 992070207

Dra. Ivanilde Apoluceno de Oliveira

Orientadora

nildeapoluceno@uol.com.br

(91) 988065657