



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Cinthyá Gonçalves

**Percepção de docentes e de estudantes sobre a presença dos determinantes
sociais de saúde no currículo de uma escola de Medicina**

Rio de Janeiro

2018

Cinthy Gonçalves

Percepção de docentes e de estudantes sobre a presença dos determinantes sociais de saúde no currículo de uma escola de Medicina

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Luciana Branco da Motta

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

G635 Gonçalves, Cinthya

Percepção de docentes e de estudantes sobre a presença dos determinantes sociais de saúde no currículo de uma escola de Medicina / Cinthya Gonçalves – 2019.
74 f.

Orientadora: Luciana Branco da Motta

Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Determinantes sociais da saúde – Teses. 2. Educação médica – Teses. 3. Currículo – Teses. 4. Responsabilidade social – Teses. 5. Medicina – Tendências. I. Motta, Luciana Branco da Motta. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 61:37.016

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Cinthya Gonçalves

Percepção de docentes e de estudantes sobre a presença dos determinantes sociais de saúde no currículo de uma escola de medicina

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 31 de janeiro de 2018.

Banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Luciana Branco da Motta (Orientadora)
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Célia Pereira Caldas
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Kátia Maria Braga Edmundo
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Dedico, com afeto, a Henrique, Luísa e João.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Rosinha e Bené, e ao meu irmão Mychael, pelos ensinamentos, dedicação e amor.

Aos meus avós Chica, Maria* e Deusdedite*, pelo afeto (**in memoriam*).

Agradeço à professora Luciana Branco da Motta pela dedicação, paciência, confiança e orientação qualificada durante todo o processo, encurtando a distância Rio-Brasília.

Às professoras Sônia Acioli de Oliveira e Ivani Bursztyn que colaboraram de forma fundamental com as sugestões na banca de qualificação.

Às professoras e aos professores da UERJ que idealizaram este programa de mestrado.

À professora Ana Maria Costa, pelas valiosas sugestões dadas ao longo da realização desta dissertação, além da agradável convivência, amizade e aprendizado para a vida.

Aos professores e estudantes da ESCS que participaram das entrevistas; pela gentileza e confiança. Sem eles, a realização desta dissertação não teria sido possível.

Às amigas Suzana, Elis e Denise, por compartilharem comigo suas angústias, ajudarem com as minhas, e me trazer o conforto valioso nos momentos mais difíceis da realização desta dissertação.

Agradecimento especial aos professores da ESCS Getúlio Morato, Juliana Ascenção, Raíssa Dantas, Beatriz Mcdowell, Cláudia Macedo, Wilton Santos, Renata Orlandi, Karlo Quadros, José Paulo, Maria Rita, Fábio Amorim e Eliana Mendonça, pelo apoio, amizade e incentivo durante todo o processo.

Aos colegas de trabalho do Hospital Regional de Taguatinga e do Hospital Regional de Santa Maria, em especial à Larissa Torres, Cristiane Vargas, Débora Tassis e Fabrício Caires, pelo apoio e incentivo.

Aos meus amigos e familiares pelos bons momentos vividos.

RESUMO

GONÇALVES, Cinthya. *Percepção de docentes e de estudantes sobre a presença dos determinantes sociais de saúde no currículo de uma escola de Medicina*. 2018, 75f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Num panorama de desigualdade e iniquidade sociais crescentes, considerar a saúde como sendo um direito fundamental e buscar o idealizado bem-estar físico, mental e social passa por decisões relacionadas às esferas governamentais, institucionais e da comunidade, que tem influência direta dos determinantes sociais da saúde (DSS). Pensando-se no papel das instituições de educação superior e o processo de formação do médico, sua complexidade exige estratégias diversas para que esse profissional possa trazer melhores respostas às necessidades de saúde da população. Para tanto, tenta-se intervir em diversos eixos, tanto em relação à legislação, adaptando os currículos às Diretrizes Curriculares Nacionais, quanto por meio de novas pedagogias de aprendizado, que via problematização fazem uma aproximação teórico-prática. O estudante passa a ter oportunidade de aprender sobre os determinantes sociais de saúde, saindo-se de um modelo de formação puramente biomédica, para uma visão crítica, reflexiva e associada à responsabilidade social. As experiências curriculares podem trazer respostas enriquecedoras condizentes com o ideal de saúde proposto. Utilizando-se a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) de Brasília, com seu cenário de ensino na atenção primária, desenvolvida no eixo Interação Ensino Serviço e Comunidade (IESC), buscou-se compreender a percepção sobre a presença do tema dos determinantes sociais de saúde sob a ótica dos estudantes e docentes do curso de medicina dessa instituição. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, com análise documental do Projeto político-pedagógico da escola e dos manuais do IESC, além de análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas, com foco na percepção dos docentes e discentes. Frente a experiências curriculares que buscam o foco no desenvolvimento de responsabilidade social da instituição, bem como com a inserção dos temas dos determinantes sociais de saúde, encontrou-se nos documentos uma necessidade de aprofundamento teórico e uma melhor correlação teórico-prática das atividades. Frente às percepções dos docentes e estudantes, identificou-se como fortalezas o cenário de atenção primária e sua complexidade como ideal para desenvolver-se o conhecimento sobre os DSS. A diversidade de cenários propicia um aprendizado significativo para além dos conteúdos puramente biomédicos, desenvolvendo empatia e visão mais integrada e ampla sobre o papel do médico e a necessidade da interprofissionalidade para a oferta de cuidados de qualidade em saúde. Como aspectos a serem melhorados, foram pontuados a necessidade de melhor correlação teórico-prática ao longo do currículo e de outros eixos, a melhor capacitação docente e o aproveitamento de temas correlacionados como a violência e a desigualdade, vivenciadas nas visitas domiciliares, mas ainda com sistematização e uniformidade necessárias para qualificar o aprendizado e a formação médica. O estudo deixa ainda como sugestão de abordagem futura a inclusão da percepção da comunidade e de outros profissionais de saúde. Esta dissertação espera trazer elementos que colaborem com o desenvolvimento de um currículo de medicina voltado para a maior responsabilidade social.

Palavras-chave: Determinantes sociais de saúde. Currículo. Educação médica. Diretrizes curriculares nacionais. Responsabilidade social.

ABSTRACT

GONÇALVES, Cinthya. *Students' and professors' perception of the presence of social determinants of health in the curriculum of a medical school*. 2018, 75f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

In an increasingly socially unequal and inequitable context, considering health as an essential right and pursuing the idealized physical, mental and social welfare involve governmental, institutional and communal decisions, and the community is directly influenced by Social Determinants of Health (SDH). Considering the role of higher education institutions and the doctor education process, its complexity requires several strategies so that these professionals can further address the population's health needs. In order to do so, there is an attempt to intervene in several levels, regarding both legislation, through the adaptation of the curricula to the National Curriculum Guidelines, and new learning pedagogical methods, which make a theoretical-practical approach through problematization. Students then have the opportunity to learn about the social determinants of health, emerging from a purely biomedical education into a critical, reflective perspective, connected with social responsibility. Curricular experiences can bring enriching answers consistent with the health ideal proposed. This work was developed at Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), an institution located in Brasília and whose teaching background is centered on the primary care, developed on the Education-Service-Community Interaction (IESC) level, and its objective was to understand the perception on the theme of social determinants of health held by medicine students and professors from the aforementioned institution. A qualitative research was developed with the documental analysis of the institution's political-pedagogical Project and IESC's guidebooks, in addition to content analysis of semi-structured interviews focused on students' and professors' perception. In view of curricular experiences that intend to address the institution's development of social responsibilities, as well as the inclusion of the theme of social determinants of health, a need for a deeper theoretical development and a better correlation between theory and practice in the activities was observed in the documents. After analyzing the perceptions of students and professors, the primary care setting and its complexity as an ideal to broaden knowledge on SDH were identified as strong points. The diversity of settings offers a significant learning experience that goes beyond purely biomedical contents, developing empathy and a more integrated and broader perspective on the role of doctors and the need for interprofessionality in order to provide high-quality healthcare. The following elements were identified as improvement points: the need for a better correlation between theory and practice throughout the curriculum and other levels, a better teacher training and the exploration of correlated themes such as violence and inequality, experienced in home visits, although it still needs systematization and uniformity to qualify the learning and the medical education. The study also suggests the inclusion of the community's and other healthcare professionals' perception in a future approach. This essay aims to contribute to a social responsibility driven medical curriculum development.

Keywords: Social determinants of health. Curriculum. Medical education. National curriculum guidelines. Social responsibility.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	8
1	REVISÃO DA LITERATURA.....	13
1.1	Diretrizes curriculares nacionais.....	13
1.2	Cenários de aprendizado.....	16
1.3	Ensino tradicional e as metodologias ativas.....	16
1.4	Formação médica geral.....	18
1.5	Experiências curriculares com determinantes sociais de saúde.....	23
1.6	Determinantes sociais de saúde no contexto brasileiro.....	26
2	MÉTODO.....	32
2.1	Contexto de pesquisa	32
2.2	Análise documental	34
2.3	Entrevistas	35
3	RESULTADOS.....	39
3.1	Análise documental do projeto político pedagógico da ESCS.....	39
3.2	Análise documental dos manuais do IESC.....	41
3.3	Entrevistas dos docentes e discentes da ESCS.....	43
3.3.1	<u>Percepção dos docentes.....</u>	45
3.3.2	<u>Percepção dos discentes.....</u>	48
4	DISCUSSÃO.....	54
	CONCLUSÃO.....	62
	REFERÊNCIAS.....	64
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Docentes.....	71
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Discentes.....	72
	APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada realizada com os docentes.....	73
	APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semiestruturada realizada com os estudantes.....	74

INTRODUÇÃO

A saúde é um tema de preocupação crescente e é acompanhado de mudanças, como a evolução tecnológica, o conhecimento científico, a transição demográfica e o próprio entendimento de bem estar individual e coletivo. Segundo Amoretti (2005, p.137), “desde a segunda metade do século 20, a área da saúde foi palco de transformação com impacto mundial de grandes proporções, pelas mudanças científico-tecnológicas em relação às épocas anteriores e pelas contradições ideológicas, filosóficas e éticas daí decorrentes”.

Mudanças próprias da contemporaneidade, exemplificadas por novos conhecimentos, novas tecnologias, além da transição epidemiológica e demográfica e das demandas sociais, trazem para a problematização as formas de se trazer respostas capazes de reduzir as iniquidades em saúde, possibilitando o debate sobre a formação do profissional de saúde (RIBEIRO, 2008; GRANJA, 2010; SIQUEIRA-BATISTA, 2013).

Conceituar o termo saúde é difícil, tanto pela escassez de estudos sobre o conceito isoladamente, quanto por uma possível falta de interesse dos meios científicos hegemônicos em dialogar com outras áreas do saber, trazendo uma interpretação mais ampla. Fazê-lo interferiria na dinâmica de mercado com sua lógica de fragmentação e transformação da saúde em uma mercadoria (COELHO, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), organismo internacional que envolve cooperação internacional, tem em sua constituição de 1948 a definição de saúde:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos. O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum (OMS/WHO, 1948).

Além de definir o significado do termo saúde, o documento traz como objetivo da OMS “a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível” (OMS/WHO, 1948). Propõe ainda: “Promover o melhoramento das normas de ensino e de formação prática do pessoal sanitário, médico e de profissões afins” (OMS/WHO, 1948).

Nesse sentido, a saúde torna-se "um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos." (OMS/WHO, 1948).

O entendimento da saúde, segundo traz a Constituição da OMS, pode facilitar o planejamento em saúde, uma vez que torna possíveis diagnósticos situacionais, prevenção e intervenções. Valoriza tanto a dimensão individual, quanto as relações sociais, com o ambiente, o trabalho e a dimensão psíquica (COELHO, 2002). Alguns autores críticos a essa definição contestam seu caráter real, considerando o conceito utópico (JUNIOR, 2004).

Historicamente, o conceito ligado ao desvio de uma possível normalidade ou mesmo a ausência de doença, mostra-se limitado, e por esse motivo não será aqui adotado. "Com relação à noção de saúde, a pretensão tem sido de pensá-la positivamente, e não apenas como ausência de doença" (COELHO, 2002). Nesse sentido, busca-se nesta dissertação uma aproximação com o conceito amplo proposto pela OMS, que parece mais coerente e abrangente, para o objeto de estudo. Tomando a questão em um plano de referência para além do nível individual, deve-se considerar a diversidade de fatores em jogo nesse processo, tais como os biológicos, eco sociais de exposição e seus efeitos simbólicos e práticos sobre a sociedade (COELHO, 2002).

Pensar a saúde de forma mais abrangente e complexa exige um entendimento também sobre os determinantes sociais de saúde (DSS). Eles são definidos de forma mais objetiva pela OMS como as condições em que se vive e trabalha. Uma abordagem mais detalhada sobre os mesmos será realizada posteriormente.

O entendimento desses dois conceitos pode subsidiar o planejamento e a atuação sobre os DSS, possibilitando a redução das iniquidades, direcionando as ações coletivas para maior justiça social e promoção da saúde das populações (MARMOT, 2005).

Entre os diversos atores participantes da abordagem e construção de condições que envolvem o tema da saúde, o médico é uma das partes interessadas na construção desse ideal de saúde. Sendo assim, a sua formação é de interesse da sociedade, a qual espera que esse profissional participe do processo de resolução das necessidades em saúde.

A escolha do tema dos determinantes sociais de saúde (DSS) para esta dissertação se faz em meio a um panorama crescente de desigualdade econômica e em especial em saúde, no Brasil e no mundo, apesar da coexistência de novas tecnologias e novos conhecimentos. Isso traz inicialmente duas possíveis reflexões: as questões técnicas e científicas isoladamente não trazem melhoria na saúde das pessoas; a agenda mundial econômica não favoreceu às pessoas

mais pobres (NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2016).

A OMS propôs em 2005, “num movimento global de conscientização sobre a importância dos DSS para o enfrentamento das iniquidades” (GONZALEZ, 2014p.29), a criação da Comissão sobre os Determinantes Sociais de Saúde. O Brasil, em resposta, foi o primeiro e único país a criar sua própria comissão, via decreto presidencial, e, assim, cumpriu importante missão de reforçar o movimento de produção de conhecimento, capaz de dar suporte concreto às propostas de mudanças rumo à equidade em saúde.

A comissão nacional dos DSS os define como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS, 2007)”.

Reconhecendo a importância do tema dos DSS como pediatra e como intensivista pediátrica e, buscando qualificar o exercício da docência na escola de medicina onde atuo como docente desde 2010, a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), surge o interesse em aperfeiçoar os conhecimentos prévios e desenvolver novas competências relacionadas ao campo da pesquisa qualitativa. Com essa visão, busca-se nesta dissertação trazer dados sobre o conhecimento a respeito dos DSS, narrados segundo a percepção dos estudantes e dos docentes desta instituição.

Uma das formas de se caracterizar as mudanças nos currículos e sua influência na formação do novo médico passam pelos estudos qualitativos em saúde (SILVA, 2010). Eles permitem que haja uma pluralidade de análises, valorizando-se aspectos particulares dos diferentes atores participantes, que são o usuário do sistema de saúde, o estudante, o docente e os representantes governamentais. Os dados provenientes desses estudos têm a capacidade de, a partir de uma descrição microrregional, subsidiar algumas reflexões coletivas, mas não é capaz de generalizar as impressões iniciais. Podem ainda evidenciar identidades dentro das redes envolvidas, assim como trazer à tona suas disparidades. São essas percepções e resultados que podem contribuir para a construção das soluções locais e também coletivas futuras (MINAYO, 2009).

As percepções do estudante e do docente em suas vivências diárias, como sujeitos ativos do currículo, podem trazer informações que auxiliam o planejamento dos processos de transição curricular, bem como de avaliação da adequação das competências médicas eleitas para melhor responder às necessidades de saúde das pessoas. Essas necessidades são não apenas tecnológicas, mas também de cunho humanístico, tendo sido demonstradas em vários

estudos qualitativos relacionados ao tema percepção (ALVES-MAZZOTTI, 2001; DAL POZ, 2013; MASSOTE, 2011; MAZZOTTI, 2011; SILVA, 2010; STOCK, 2009).

A experiência curricular da ESCS, escola de medicina que se utiliza das metodologias ativas desde sua concepção, mostra-se um cenário favorável para se buscar informações sobre os processos de ensino e aprendizado sobre os determinantes sociais. A percepção dos estudantes e docentes dessa instituição trouxeram relatos importantes para se entender a dinâmica entre o currículo planejado e a percepção de quem vivencia o currículo, possibilitando o questionamento das práticas e o maior conhecimento sobre o tema.

Esta dissertação traz ainda a análise documental do Projeto político pedagógico e dos manuais do eixo Interação Ensino, Serviço e Comunidade (IESC) da ESCS, além da análise de conteúdo de entrevistas de docentes e de estudantes, com suas percepções a respeito de como ocorre o aprendizado curricular sobre o tema dos determinantes sociais. Buscou-se valorizar as experiências do contexto descrito por meio da valorização dos participantes ativos da construção do currículo dessa escola.

Ao longo dos capítulos, são abordados alguns temas relevantes, como determinantes sociais de saúde, necessidades de saúde, iniquidades e currículo. Considerou-se importante também fazer uma breve revisão sobre a educação médica no Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e a importância da Comissão dos Determinantes Sociais em Saúde brasileira. Inicia-se a dissertação com teorização sobre a formação em saúde, seguida de uma revisão sobre as DCN e a educação médica na atualidade considerando-se os determinantes sociais de saúde nesse contexto.

Portanto, este é um estudo de parte do processo de ensino e aprendizado de uma escola de medicina. O conteúdo trazido neste momento é essencial para propor reflexões sobre como se vivencia o currículo e como o tema dos determinantes sociais é percebido pelo docente e pelo estudante. Pretende-se contribuir para reflexão sobre a formação médica e dos demais profissionais de saúde, partindo-se da perspectiva dos entrevistados. Busca-se com isso o aperfeiçoamento das práticas de ensino sobre os determinantes sociais de saúde, tão necessário neste momento em que os temas de desigualdade, iniquidade, direitos humanos e justiça social se mostram de grande relevância para formação em saúde, e seu conhecimento se revela essencial para o cuidado qualificado das pessoas.

Objetivos

Objetivo geral

Compreender a percepção sobre a presença do tema determinantes sociais de saúde pelos estudantes e pelos docentes do curso de medicina do eixo Interação Ensino Serviço e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

Objetivos específicos

- Identificar a presença da terminologia dos DSS no Projeto político-pedagógico da ESCS de 2012 e nos manuais do IESC de 2017;
- Descrever a percepção dos docentes sobre o ensino-aprendizado proposto no currículo de medicina sobre o tema dos DSS;
- Descrever a percepção dos estudantes frente aos conteúdos apreendidos sobre os DSS.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Diretrizes Curriculares Nacionais

Um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é formar profissionais com habilidades, competências e compromissos condizentes com a expectativa da comunidade. O modelo de um currículo com um conteúdo mínimo de conhecimento formal capaz de certificar ao final que um estudante possa ser reconhecido como médico esteve vigente no século XX e não se mostrou capaz de suprir as necessidades da comunidade até o momento. Com a substituição da Lei da Reforma Universitária de 1968 pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001, vislumbrou-se a possibilidade de maior autonomia pedagógica para a formação profissional (KUSSAKAWA, 2017).

As DCN do curso de medicina são um documento que busca nortear a avaliação e a formação adequada de seus profissionais - revisando suas práticas, reformulando os currículos das escolas médicas e acompanhando as transições da sociedade, incluindo sua tripla carga de agravos: infecções e saúde reprodutiva; doenças crônicas; violência e causas externas (BRASIL, 1988; CAMPOS, 2001; SILVA, 2014). As diretrizes trazem em seu texto:

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduando para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional. (BRASIL, 2001p.1).

Nas discussões atuais, sabe-se que a formação do médico é um processo contínuo, diário, e se complementa conforme as competências são aperfeiçoadas ao longo do curso. Compreender a medicina como uma profissão que tem papel social tem sido cada dia mais essencial para uma boa formação. Considerando esse entendimento, as pesquisas sobre os currículos de medicina, sobre a avaliação de seus processos e as formas de desenvolvimento podem trazer valorosas contribuições para a saúde pública (RIBEIRO, 2008).

Segundo as DCN, propôs-se a reestruturação dos currículos, acompanhando as mudanças em termos de conhecimento sobre o processo saúde-doença, tecnologias assistenciais, transição epidemiológica. Surgiram vários questionamentos e várias propostas de solução sob a ótica de políticas públicas, conferências de saúde, legislações que embasaram as propostas para se revisar a formação do médico (KUSSAKAWA, 2017). Porém, ao longo dos anos, nem todas as propostas foram aplicadas ou desenvolvidas pelas escolas médicas. Questiona-se, por outro lado, o caráter de lei das DCN, o que vai de encontro com a suposta autonomia das escolas, imaginada inicialmente. Um receio em relação às DCN aplicadas a nível nacional como norma e como lei é que talvez não valorizem a diversidade regional e levem a uma massificação da formação.

O texto mais recente das DCN é de 2014. Ele traz um foco importante na Saúde Coletiva envolvendo as competências do egresso. Essa mudança, com valorização da saúde coletiva, pode ser vista no trecho: “tendo a transversalidade em sua prática sempre a determinação social do processo saúde doença” (BRASIL, 2014, p.1). Partindo-se dessa nova redação, tem-se algumas possibilidades:

1. As escolas médicas têm em seu currículo a expressão das possíveis formas de organizar as oportunidades para a formação do profissional;
2. A autonomia das escolas pode trazer características favoráveis, em termo de valorização de condições regionais e peculiaridades próprias de um país continental como o Brasil;
3. Avaliar a qualidade da formação das escolas exige um determinado controle sobre os meios e os instrumentos que se articulam no desenvolver do currículo, o que, novamente, interfere no grau de autonomia de cada instituição.

Algumas ponderações sobre o texto das DCN podem ser destacadas. Há uma dificuldade para definir no texto níveis de hierarquia sobre áreas diversas do conhecimento, criando o perfil de um médico com domínios de áreas alheias à sua formação. Pode-se pensar também que caberia ao médico trazer soluções para condições complexas, que envolvem esferas que ultrapassam a sua atuação profissional, o que torna essa proposta de difícil entendimento literal. Exigem-se respostas do médico que ultrapassam suas competências assistenciais profissionais, e “creditar ao médico o poder de moldar o sistema de saúde é quase culpa-lo pelas mazelas atuais deste sistema” (BURSZTYN, 2015). Deve-se, dessa

forma, aperfeiçoar o texto das DCN com o reconhecimento dos limites de atuação e abrangência do profissional.

O papel político do médico e da população não pode separar-se das políticas do Estado, e o desenho do currículo deve ser compatível tanto com a satisfação do profissional, quanto da população assistida. As DCN de 2001 já traziam a necessidade urgente de mudança na formação do médico, bem como do papel de cada um para a implementação dos princípios do SUS, buscando um acesso à saúde mais justo e menos desigual e uma melhor satisfação no trabalho e na oferta de saúde.

As mudanças propostas nas DCN em 2014 inovam com o desenho dos cenários de prática com foco em urgência, emergência e atenção primária. A proposta exige que 30% do internato seja desenvolvido nesses cenários. Essa mudança eleva o número de horas em cenários de atenção primária e de emergência, com o desenvolvimento de habilidades técnicas diferenciadas, não só com foco nas atividades hospitalares previamente vigentes. Essas mudanças podem, em teoria, auxiliar no controle de agravos e mudar o perfil de mortalidade por causas evitáveis ou passíveis de prevenção, pois proporcionariam maior tempo de treinamento do médico nesses cenários, aperfeiçoando seu aprendizado. Essa mudança na carga horária dos cenários também teria o potencial de auxiliar o desenvolvimento de habilidades de cuidados em saúde com maior contextualização nas vivências reais, criando oportunidades para que a problematização sobre os DSS possa ocorrer.

Exemplifica-se aqui o trecho das DCN de 2014, que evidencia a complexidade e abrangência esperadas para o médico ao final da sua formação profissional:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014, art. 3º).

Apesar das críticas sobre o documento, ele está vigente, e como tem poder de lei, as mudanças nos currículos das escolas médicas seguem suas orientações. A ESCS tem seu currículo orientado pelas DCN, baseado em competências e utiliza das metodologias ativas desde sua fundação. Apesar disso, busca mudanças tentando cumprir as orientações que ainda não foram implementadas e propondo aperfeiçoar seu currículo, frente às experiências vivenciadas e avaliadas com auxílio de pesquisas sobre seus cenários de práticas.

1.2 Cenários de aprendizado

A inserção do estudante em diferentes cenários traz ferramentas para que ele futuramente desenvolva suas habilidades de tomada de decisão possivelmente com mais segurança, visto já ter vivências prévias nesses ambientes. O saber médico não se faz de forma linear, rigidamente programada, porém, durante a graduação, a diversidade de cenários propicia mais oportunidades para resolução de problemas em contextos reais para o estudante (MARIN, 2010).

Os cenários trazem um aprendizado rico, compatível com a realidade que será encontrada ao final do curso e no dia a dia como profissional. Há uma aproximação entre o estudante e o ambiente de trabalho, o que desafia tanto o profissional docente, que se vê obrigado a reavaliar suas práticas, quanto o estudante, que passa a ter sua opinião valorizada diante da oportunidade de ser também um agente de mudança (CECCIM, 2004).

O cenário real pode auxiliar o desenvolvimento de competências complexas, e a participação do estudante na realidade da saúde da comunidade oportuniza situações ímpares para o desenvolvimento do currículo em conformidade com as orientações das DCN. Confrontando a diversidade de situações de saúde, suas fragilidades e suas fortalezas, tem-se a oportunidade de teorização sobre os determinantes sociais de saúde diariamente, e, dessa forma, há chance de promover a formação de um profissional crítico e reflexivo defendido pelos teóricos favoráveis às metodologias ativas.

1.3 Ensino tradicional e as metodologias ativas

A educação em saúde preconizada atualmente segue tendências pedagógicas que se expressam por meio de experiências que buscam promover a transformação social instrumentalizando o egresso durante sua formação. “A educação em saúde possui um sentido coletivo em que aproxima a comunidade aos programas e políticas públicas de saúde e intentaria construir uma transformação conceitual acerca da saúde, sua dinâmica e propostas com vistas às situações de cada localidade” (KRUSCHEWSKY, 2008, p.162).

Pode-se pensar em diversas formas de promover o aprendizado, e a pedagogia da transmissão, ou tradicional, tem sido questionada pelas limitações para se atingir plenamente os efeitos transformadores esperados para as profissões de saúde e para a sociedade. Ela se

caracteriza por ter como objeto central as ideias e o conhecimento, com um estudante sem participação ativa na construção do conhecimento. Ele recebe passivamente um conteúdo, desvinculado de sua realidade, sendo essa, portanto, uma forma limitada para estimular o desenvolvimento de habilidades intelectuais – observação, análise, extrapolação e compreensão (KRUSCHEWSKY, 2008, p. 164).

A pedagogia tradicional tem ainda uma relação de autoridade do educador e do educando e utiliza-se basicamente da exposição oral como forma de aquisição dos conteúdos. Sobre os conteúdos, “há uma sequência predeterminada e fixa independentemente do contexto social, enfatiza-se a necessidade de repetições para garantir a memorização dos conteúdos” (KRUSCHEWSKY, 2008, p.165).

Dessa forma, há poucas oportunidades para o questionamento pelo estudante sobre os conteúdos ou mesmo sobre a adequação da teoria frente à prática. A comunicação entre o professor e o estudante limita-se a uma relação de hierarquia. Frente a esse modelo, as propostas atuais levam em consideração que “as limitações do ensinar e aprender para saúde devem ser tomadas de maneira crítica e ser reconhecidas a partir do reconhecimento histórico sobre a questão em foco, ou seja, os determinantes sociais, políticos e econômicos do complexo saúde-doença” (KRUSCHEWSKY, 2008, p.167).

Considerando-se as novas práticas e as críticas a esse modelo pedagógico tradicional, a pedagogia da problematização traz uma resposta ao integrar “o individual, o grupal, o institucional e o social, o cognitivo e o afetivo” (KRUSCHEWSKY, 2008, p.171).

Sobre as formas de aprendizagem, podemos utilizar o texto de Anastasiou (2003), que traz a importância das etapas do ensinar a pensar, que vão além da simples memorização. Podemos enumerar algumas das formas de se construir o conhecimento. Partindo-se do pensar, elaborar comparações, fazer resumos, observar novamente, classificar, interpretar, criticar, buscar suposições, imaginar, ou ainda pela obtenção e organização de dados, levantamento de hipóteses, aplicação de fatos e princípios a novas situações, tomada de decisão, planejamento de projetos. Cada um desses momentos envolve um grau de complexidade que deve ser considerado frente às capacidades do estudante no tempo adequado. O estudante terá dificuldades diferentes em cada uma das fases do aprendizado, sendo o professor um dos responsáveis por avanços a uma fase posterior, mais complexa. Saber desafiar o estudante promovendo tarefas mais complexas de forma gradativa possibilita seu aprendizado sem frustração, o que não ocorre quando o grau de exigência não leva em consideração a fase em que o estudante se encontra. Pessoas diferentes necessitam de suportes distintos, nas diversas fases de aprendizado.

As escolhas dessas estratégias devem ser pactuadas entre o professor e o estudante, evitando-se imposições e inadequações da forma de fazer. O processo relacional e reflexivo é uma relação contratual, em que os sujeitos professor e estudante têm corresponsabilidade sobre o processo e o resultado. O aprender por momentos e não por passos contextualiza o aprendizado. Essa visão permite a problematização e a prática social do ensino (GOMES, 2009).

O papel do professor será, então, desafiar, estimular, ajudar os estudantes na construção de uma relação com o objeto de aprendizagem que, em algum nível, atenda à necessidade dos mesmos, auxiliando-os no amadurecimento da consciência sobre os fatos e na tomada de decisão. Encara-se o aprendizado como um momento de compartilhar e não de submeter o outro. Questionar certezas absolutas, entender limites durante o processo, ter posição frente ao que se discute; associar perspectivas de áreas diferentes do saber, perceber complexidade e promover o aperfeiçoamento e o aprendizado continuado (do estudante e do professor) valoriza o processo e seus sujeitos (GOMES, 2009).

O aprendizado significativo ocorre quando o estudante tem vontade de aprender e esse novo conhecimento lhe faz sentido. O conhecimento prévio é valorizado e isso fortalece as redes de mapas conceituais para finalmente auxiliar na consolidação do novo conhecimento. A aprendizagem torna-se significativa à medida que o conteúdo apresentado incorpora-se ao conhecimento prévio de um aluno, adquirindo significado para ele. Ter significado implica interagir com conceitos relevantes pré-existentes em sua estrutura cognitiva (BRITO, 2012). O uso dessas estratégias no desenvolvimento do currículo da área de saúde traz maior ênfase para se chegar às competências desejadas. Todo esse ciclo reforça a importância do cenário que é o contexto ou o ambiente de aprendizado.

1.4 Formação médica geral

O aprendizado pretendido durante a graduação vem sendo questionado não só pelos órgãos gestores, representados pelo Ministério da Saúde e suas Secretarias, mas também pelos setores de educação, pelos próprios profissionais de saúde e pelas pessoas que são usuárias dos serviços de saúde. As decisões sobre quais os conhecimentos necessários para a boa formação deste profissional mostram-se cada vez mais amplas frente às mudanças deste século. “O diversificado desenvolvimento tecnológico impulsionou a divisão do trabalho

especializado, influenciando de maneira sistemática os conteúdos curriculares, com a departamentalização curricular” (AMORETTI, 2005p.137).

O conhecimento centrado no conteúdo e em uma pedagogia de transmissão evoluiu para uma formação capaz de potencializar competências que sustentem estratégias para responder às necessidades de saúde da população. Para tanto, tem-se proposto uma abordagem diferente dos currículos com a valorização de outros profissionais e outros saberes que compõem a complexa rede de cuidados em saúde (LAFUENTE, 2007). Para melhor entendimento, cabe trazer brevemente dois conceitos: competência e currículo.

A competência pode ser entendida, de forma geral, como a capacidade de uma pessoa lidar com problemas complexos e ser capaz de tomar decisões eficientes e resolutivas frente a esses problemas. Envolve tanto o contexto, quanto o conhecimento prévio, a subjetividade do sujeito, suas reflexões e também a criatividade (AGUIAR, 2001). O estudante que tem sua formação inserida na realidade de atenção à saúde tem um cenário de aprendizado rico e desafiador para ser explorado. Essa forma de aprender traz desafios complexos, além da imprevisibilidade, a singularidade e os conflitos de valores que escapam à racionalidade técnica (AGUIAR, 2001). Espera-se que dessa forma o estudante adquira as competências desejadas.

O currículo é mais que uma lista de atividades; é uma construção social, política, acadêmica e profissional. No desenho do currículo mais tradicional temos que “o conteúdo do currículo deve necessariamente concordar com a prática profissional e ser pautado pelas necessidades da sociedade para a qual o futuro profissional se destina” (DOS REIS, 2014p.275).

Para o desenho do currículo, vários fatores são considerados: as teorias de aprendizagem, teorias de prática profissional, valores sociais, expansão constante de base de conhecimento, profissionalismo, desenvolvimento dos serviços e do sistema de saúde, aspectos políticos, transparência e responsabilidade (DOS REIS, 2014).

Quanto às metodologias de ensino, considerando-se que o aprendizado possa se dar nos cenários de prática, a metodologia ativa, por meio da problematização, favorece a formação mais próxima do ideal de profissional descrito nas DCN: profissional crítico, reflexivo, capaz de responder às demandas da sociedade (BRASIL, 2014).

Conforme o conceito de competência trazido nas DCN de 2014, o processo de ensino e aprendizagem na formação médica também necessita trazer os preceitos éticos e humanísticos na formação do profissional, sendo que isso não se faz apenas no campo teórico (MASSOTTE, 2011).

Uma proposta de currículo por competências a serem atingidas delimita o conteúdo curricular e traça o perfil do médico ao final do curso de graduação. Nas DCN de 2014 temos o conceito de competência como:

A capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do SUS (BRASIL, 2014p.4).

Também podemos definir competência profissional como “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários ao desempenho eficiente e efetivo das atividades requeridas no contexto do trabalho” (SANTOS, 2011p.87).

Porém, nem sempre esse currículo planejado reflete-se no currículo executado. Existem variáveis, que extrapolam o domínio da instituição, que muitas vezes mudam esse planejamento inicial. Daí a necessidade de se conhecer o projeto político pedagógico das escolas, bem como a avaliação das suas práticas para que se verifique se as competências desejadas estão sendo alcançadas. Os estudos qualitativos podem trazer elementos importantes para tentar verificar essa correspondência (CAMPOS, 2004).

Voltando ao planejamento da formação médica, espera-se que, essencialmente, o estudante de medicina deva estar inserido nas atividades práticas de forma precoce, como aprendiz, mas também como observador. Essa forma de aprender dentro dos cenários reais traz várias discussões sobre a adequação das atividades e revela algumas fortalezas e algumas limitações das metodologias ativas (COSTA, 2012).

A seu favor, tem-se ainda o currículo vivo em ato quando o estudante participa da rotina da assistência, com suas dificuldades e suas particularidades. Para gerar o aprendizado significativo, faz-se necessário um momento de reflexão deste estudante, bem como as práticas de *feedback* qualificado por parte do docente, do tutor ou do preceptor. Uma boa estrutura que possibilite a execução deste projeto pode ser identificada a partir de estudos que tragam dados concretos, como uma relação docente/estudante adequada, trabalhos em pequenos grupos, objetivos educacionais bem estruturados, entre outros. O estudante traz também como positivo o fato de sentir a integração entre o ciclo básico e o clínico, já que o ambiente real não separa esses limites, mas os une. Porém, algumas fragilidades já se mostram evidentes sob a ótica do estudante, principalmente no que se refere à dificuldade de transição do método tradicional para a ABP, à necessidade de maior maturidade para

entendimento e melhor aproveitamento nos cenários, além da necessidade de autonomia e proatividade do estudante no seu processo de aprender a aprender (MARÍN, 2010).

O investimento na formação docente tem seu lugar no aperfeiçoamento das práticas e no desenvolvimento de um currículo integrado com as novas DCN. A avaliação docente, discente e da instituição também são temas que devem ser discutidos para propiciar o avanço nas aquisições das competências desejadas (PERIM, 2008; SILVA, 2010).

Os currículos dos cursos de medicina têm sido questionados em várias publicações quanto à formação adequada de seus egressos em relação ao atendimento pleno das necessidades da população (FERNANDES, 2012; OLIVEIRA, 2008; RIBEIRO, 2008; SANTOS, 2011). Esse questionamento vem trazendo subsídios para discussão da melhor forma de capacitação deste profissional ao longo da graduação. Uma das propostas de mudança curricular aponta para o trabalho da interprofissionalidade na graduação, em cenários reais, promovendo o desenvolvimento de habilidades sociais, essenciais ao profissional de saúde do século XXI (BAZZO, 2012). O uso das metodologias ativas na educação médica, amparadas nos conceitos de ensino e aprendizagem do adulto, também é defendido como uma mudança necessária para o aperfeiçoamento desse novo profissional. A assistência qualificada ao usuário do sistema de saúde passa, portanto, pela boa formação do graduando de medicina em seu contexto de aprendizagem, preferencialmente em cenários reais (ANDRADE, 2011; FREIRE, 1997; PARANHOS, 2010).

Alguns autores destacam a importância da inserção de temas ligados aos conteúdos sociais e aos direitos humanos na formação do estudante de medicina. Dessa forma, uma melhor assistência à população poderia ser alcançada: “as necessidades advindas das demandas sociais irão delinear os norteadores a que se referem os conhecimentos curriculares, considerando as peculiaridades e os contatos em que os saberes estão inseridos” (SILVA, 2014).

A discussão sobre o alcance real das mudanças propostas segundo as DCN (BRASIL, 2014), que são em sua natureza uma escolha de um grupo que propõe que a realidade possa ser modificada, justifica-se como política a ser adotada e implementada de forma tão ampla? Deve-se ter em mente que as respostas aos questionamentos só serão possíveis se durante este processo forem avaliados os resultados dessas intervenções. Estudar os cenários já estruturados e que já se utilizam das metodologias ativas facilita a aquisição dos dados propostos na pesquisa e valoriza a teoria vigente para que as escolas com currículos tradicionais possam ter mais dados que justifiquem e auxiliem a sua transição, visto que as DCN de 2014 têm caráter de lei.

Temas de relevância universal como o tema dos determinantes sociais de saúde, que têm um impacto direto em todas as linhas de cuidado e que estão sendo indicados como conteúdo obrigatório para uma boa formação do profissional médico, pode ser aprendido nos cenários de prática. Porém, a avaliação de como isso está ocorrendo pode ser melhor caracterizado por meio de pesquisas qualitativas, que é a proposta desta pesquisa (NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2016)

O currículo deve ser encarado como uma construção coletiva e a valorização de todos os seus atores pode complementar esta proposta. O aprendizado sobre os determinantes sociais de saúde não é um tema frequentemente abordado nos cursos de graduação em medicina: “embora se saiba que os médicos não recebem comumente em sua formação treinamento para lidar com os DSS, é fundamental o entendimento do seu impacto direto nas condições de saúde de seu paciente” (ALBUQUERQUE, 2015p.172).

Existem poucas pesquisas relacionadas aos DSS especificamente no currículo médico, tendo esta dissertação o desafio de revelar dados sobre este tema relevante dentro da formação médica. Essa afirmação vem tanto do relatório da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais de saúde, que propõe a produção de conhecimento sobre os DSS, por meio de pesquisas qualitativas, quanto da busca em bases de dados reconhecidas, tais como o banco de teses da Fiocruz, Lilacs e Pubmed. Uma busca utilizando-se os termos chaves, a saber: determinantes sociais de saúde e currículo médico, trouxe poucos trabalhos específicos associando esses dois temas. A maioria dos trabalhos fala de alguns temas isoladamente ou apenas sugere a inserção do conteúdo, conforme orientações das DCN para a formação dos profissionais de saúde.

Na esfera ligada à gestão em saúde, um texto recente, publicado por Quevedo em 2017, baseado em análise documental do período de 2012 a 2015, mostra que os temas dos DSS e dos condicionantes da saúde não estão presentes de forma sistemática e abrangente nos documentos analisados do Plano Nacional de Saúde ou dos Planos Regionais. Sabe-se que esses documentos são os norteadores das diretrizes políticas de saúde de um governo e são revisados a cada 4 anos. Sem que esse tema seja claro e seja o foco dos documentos, faz-se mais difícil a identificação de problemas e possíveis mudanças: “a discussão de determinantes e condicionantes nos planos de saúde brasileiros precisa avançar no sentido de qualificar e nortear as ações e programas a serem executados nos territórios (QUEVEDO, 2017p.837)”. Sobre o tema da educação médica, traz como sugestão a importância de “integrar ensino, formação e serviços de saúde” (QUEVEDO, 2017p.837).

Outra dificuldade encontrada na busca do tema na literatura é a não uniformidade da abordagem do tema dos determinantes sociais, podendo ser encontrado como iniquidades, questões sociais, desigualdade em saúde, problemas sociais, ou trabalhos relacionados a determinantes específicos, tais como a violência ou questões econômicas, ou mesmo populações mais vulneráveis, como as crianças ou os idosos, o que dificulta uniformidade da busca da inclusão deste tema nos currículos das escolas médicas. Apesar das pesquisas com pouca uniformidade, pode-se trazer algumas experiências sobre a inclusão do tema dos DSS nos currículos médicos.

1.5 Experiências curriculares com determinantes sociais de saúde

Uma das críticas às metodologias de ensino tradicional são sustentadas pela falta de respostas efetivas trazidas pelos profissionais formados segundo esse modelo, principalmente quando se fala em resultados de saúde em países pobres. Propostas curriculares inovadoras, que auxiliem a melhoria das condições de saúde da população têm trazido para debate o uso das metodologias ativas, bem como a ampliação do conhecimento científico sobre as pesquisas qualitativas na área médica (MINAYO, 2009). Algumas experiências curriculares têm proposto mudanças nos cursos de medicina, incluindo-se a responsabilidade social como pauta central dos currículos. Segundo Marmot (2013, p.381), e considerando a importância da produção científica na América latina, “há uma necessidade cada vez maior de divulgar novos conhecimentos sobre desigualdades e determinantes sociais de saúde e fazê-lo em inglês, português e espanhol para disseminar a base de conhecimento em toda a região”.

Um conceito de responsabilidade social da instituição de educação superior pode ser

[...] a obrigação das escolas de medicina para direcionar suas atividades de educação, pesquisa e serviços para atender às necessidades de saúde prioritárias da comunidade, região e ou nação que elas servem. As necessidades prioritárias de saúde devem ser identificadas conjuntamente pelos governos, organizações de saúde, profissionais de saúde e público” (BOELEN, 2016p.1079).

Completando ainda este conceito, a responsabilidade social da instituição é “um estado de consciência de deveres para responder às necessidades da sociedade” (BOELEN, 2016p.1079).

Pode-se dizer que as instituições que adotem mudanças devam se preocupar com as formas pelas quais se possa medir e fazer uma análise correta das ações e estratégias tomadas. Para tanto, essas instituições devem passar por avaliação de seus processos, com posterior reflexão sobre seus resultados. Ainda segundo Boelen (2016), numa proposta global, trazida pelo Consenso Global de Responsabilidade Social das escolas médicas (GCSA), apoiada pela OMS, uma escola que queira cumprir o papel de responsabilidade social deve:

1. Responder às necessidades e desafios atuais e futuros de saúde na sociedade;
2. Reorientar as suas prioridades de educação, pesquisa e serviço em conformidades;
3. Fortalecer a governança e as parcerias com outras partes interessadas;
4. Usar a avaliação e a acreditação para avaliar sua performance e impacto.

Uma instituição de ensino superior geralmente tem sua qualidade avaliada segundo os resultados alcançados pelos seus egressos. Não deixa de ser uma forma de acompanhar o andamento da instituição, mas pode também refletir apenas uma adequação de seus estudantes para a participação em processos seletivos segundo os padrões vigentes. Não deve de forma alguma ser o único critério de avaliação da qualidade e de como a instituição se comporta frente à sociedade.

Para aprofundar esse debate, a instituição pode levantar um autoquestionamento sobre seus processos de formação. Expor suas fragilidades e fortalezas por meio de pesquisas qualitativas pode subsidiar mudanças efetivas e corrigir falhas de forma mais precoce. Essa decisão institucional pode criar espaços para ações mais concretas e intervenções ao longo do processo, interrompendo falhas e promovendo aperfeiçoamentos necessários. O intercâmbio de conhecimento entre diversas instituições é uma forma interessante de contribuir com a ampliação do conhecimento nessa área.

O estudo dos DSS e a atuação sobre os mesmos pode ter um impacto maior que medidas muitas vezes mais onerosas. Para exemplificar, cita-se um estudo de Krueger (2015, apud. BOELEN, 2016) sobre a inclusão social: “Se todas as pessoas nos Estados Unidos da América se formassem no ensino médio, mais vidas seriam salvas do que se todos os fumantes do país parassem de fumar.” (p. 1080).

O estudante de medicina pode atuar como protagonista deste processo, sendo estimulado durante a formação não apenas a identificar os DSS, mas refletir sobre as iniquidades, sobre o papel do estado, sobre o papel das instituições de educação superior e principalmente o seu papel nesta rede complexa que busca melhorar as condições de saúde

das pessoas. Assumir a visão de responsabilidade social, num exemplo trazido por algumas escolas canadenses, pode ser uma “ótima preparação dos futuros profissionais para responder às necessidades da população” (ROURKE, 2006p.47).

O entendimento da complexidade passa pelo amadurecimento do estudante como profissional e o reconhecimento e adesão aos princípios da responsabilidade social. Caberia a ele migrar de um papel de potencial dotação de competências para vislumbrar as respostas apresentadas por meio de ações concretas. “Os DSS devem orientar o desenvolvimento estratégico de uma instituição educacional” (BOELEN, 2016p.1080).

Segundo Siegel (2017), para promover a inserção do tema dos DSS, podemos buscar seis estratégias centrais:

1. O currículo deve universalizar e integrar os aspectos no treinamento sobre os DSS, buscando equidade e redução das iniquidades;
2. Incorporação do conteúdo dos DSS no currículo formal e informal, aumentando o impacto educacional. Promover a integração com a prática clínica;
3. Promover oportunidades de reflexão sobre suas próprias histórias e culturas, levando ao pensar sobre os DSS;
4. Promover competências específicas em DSS;
5. Desenvolver ferramentas de avaliação para o crescimento;
6. Inserir um programa robusto de desenvolvimento na faculdade.

Com essa proposta de implementar os DSS promovendo a maior responsabilidade social do médico frente à sociedade, algumas escolas vêm publicando dados sobre suas experiências.

A autora traz ainda como exemplo a experiência do Centro Médico de Boston, que oferece estágios para discutir temas como educação, renda, habitação, transporte, entre outros. Reforça que o fato de formalizar num cronograma a importância da discussão desses temas cria um compromisso institucional e, por consequência, gera no estudante uma expectativa sobre o seu aprendizado esperado (BOELEN, 2016).

Outros modelos de aprendizado trazem o tema das competências culturais para tentar entender e combater as iniquidades, apoiando-se numa clara inequidade, como no fato de diferenças étnicas evidenciarem as desigualdades em cuidados de saúde (MAGUIRE, 2017). Pode-se exemplificar uma simulação de situação de pobreza baseada na comunidade onde residentes são convidados a vivenciar situações de privação. As respostas aos problemas

geram reflexão sobre as vivências frente a situações diversas e inesperadas, como desemprego, doenças, despesas. A finalização das atividades se fez por meio de debates em grupos focais e avaliação anônima dos residentes, que participaram de forma voluntária dessa atividade.

Outro modelo é citado no trabalho de Axelson (2017), no qual se utiliza o cenário de atendimento em emergência, pouco sensível ao desenvolvimento de uma competência social. Quando os pacientes e suas situações ligadas aos DSS os levam às internações repetidas e uma baixa resolutividade dos problemas que os trazem às emergências, isso também pode impactar numa das “causas subestimadas de “burnout”” dos profissionais de saúde. O objetivo desta simulação que envolvia a valorização dos temas sociais é “incentivar os residentes a terem consciência de elementos sociais que afetam as doenças de seus pacientes” de forma mais ativa e mais frequente ao longo do currículo. Buscou-se melhorar a comunicação e a empatia dos residentes frente ao debate sobre o tema dos DSS no cenário de emergência.

As experiências trazidas, ainda que não sejam numerosas, podem auxiliar a teorização das vivências locais e promover de forma mais consistente e embasada a produção científica sobre o assunto que deem suporte aos currículos das escolas médicas que se propõem a participar desse movimento de mudança em prol da responsabilidade social.

1.6 Determinantes sociais de saúde no contexto brasileiro

A garantia da saúde no Brasil é considerada um direito do cidadão e um dever do Estado, segundo a Constituição de 1988. Para tanto, ações e estratégias políticas estruturantes vêm sendo desenvolvidas ao longo da história (CECCIM, 2004). O conceito da medicina como profissão tem em si um significado ligado à percepção da população sobre a capacidade do profissional trazer soluções para os seus problemas. Esta definição, incorporada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), exige constante avaliação e adaptação, conforme as mudanças na sociedade se apresentem (PEREIRA-NETO, 1995). Pode-se dizer que as necessidades de saúde mudam com o tempo e a população espera que a formação médica possa acompanhar essas mudanças.

O tema Determinantes Sociais de Saúde é de conhecimento geral dos profissionais, mas comumente pouco valorizado dentro dos currículos. Oportunizar a teorização e a vivência sobre esse conteúdo tem se mostrado bastante favorável nos cenários de atenção primária

(NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2016; NOGUEIRA, 2010).

Podemos considerar dois conceitos anteriores ao dos DSS: o conceito de determinação social dos indivíduos e o conceito de saúde. A determinação individual é consenso do pensar social, influenciada por dimensões da vida mais amplas, tais como a economia, as condições materiais, culturais e éticas.

A saúde como conceito evoluiu ao longo dos anos da ausência de doenças para o de bem estar social (OMS, 2010). Pode ter como significado a forma como se dão as condições para o transcorrer da vida. Seu conceito mais amplo passa por incluir a qualidade de vida e a capacidade psicofisiológica do indivíduo. Segundo Fleury-Teixeira, “as condições sociais são efetivamente base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde (FLEURY-TEIXEIRA, 2010p.38)”.

O conceito ampliado de saúde inclui a determinação social da saúde, cuja referência é a qualidade de vida. Essa abordagem ampla envolve saberes multiprofissionais e transcende a concepção do século passado para a formação médica, antes orientada pelo modelo Flexneriano de formação e oferta de saúde centrada no diagnóstico e na cura das doenças (PAGLIOSA, 2008).

Novamente, as mudanças e os questionamentos a respeito do ensino médico não são recentes. Historicamente, a Medicina Integral e a Medicina Comunitária já fizeram com que conteúdos sobre prevenção fossem abordados nos currículos médicos, sendo criadas disciplinas como a Medicina Preventiva e a Saúde Coletiva, as quais foram inseridas nos currículos (PAIM, 2014). Questões relacionadas aos conteúdos curriculares, à formação docente, aos cenários de aprendizado, bem como relacionadas às formas de treinamento em habilidades e atitudes ao longo dos seis anos de graduação e às competências do egresso são debatidos constantemente (GOMES, 2009). A avaliação é outro assunto questionado e essencial para construção das mudanças desejadas tanto no perfil do egresso, quanto nos resultados esperados para a melhor oferta dos serviços de saúde.

A questão da oferta de saúde na lógica do SUS traz a justiça social como um dos pilares da atenção à pessoa. Considerando esta abordagem, o entendimento da influência dos determinantes sociais de saúde pode trazer clareza para os diversos atores envolvidos nos cuidados de saúde (SIQUEIRA-BATISTA, 2013).

Uma forma de estimular o protagonismo da população sobre seu cuidado em saúde é por meio de pesquisas sobre as suas necessidades em saúde, e como elas estão sendo atendidas. As pesquisas trazem detalhes de como essas necessidades têm sido tratadas e

mostram também onde estão as lacunas do sistema de saúde, desde o processo de formação profissional, prevenção de agravos, até acesso aos equipamentos, tratamento e reabilitação. O entendimento da relação entre a oferta de saúde e a satisfação das necessidades da população pode ser melhor avaliada, segundo alguns autores, por meio de estudos sobre as desigualdades em saúde (GRANJA, 2010).

Lidar com as desigualdades em saúde é parte do cotidiano do médico, e quando esse tem domínio sobre os conceitos teóricos que permeiam essas condições é possível estabelecer estratégias que tragam subsídios para as soluções coletivas, visando uma melhor oferta de saúde. O conhecimento sobre os DSS faz parte da proposta de solução e do combate às injustiças tidas como evitáveis. Para melhor compreender este contexto, o entendimento de alguns termos é imprescindível. Segundo o capítulo “Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária”, da Coleção Pensar em Saúde, do Cebes, são expostos alguns conceitos:

Diversidade: variação em características (gênero, afiliação étnica, cultura, nacionalidade, geração) dos membros de uma coletividade ou população. Diferença: expressão individual de efeitos da diversidade e/ou desigualdade em sujeitos tomados como isolados. Distinção: atributo relacional, interpessoal, que não faz parte de diferenças naturais nem corresponde a desigualdades sociais resultantes de políticas desiguais. Desigualdade: diferenciação dimensional ou variação quantitativa em coletividades ou populações. Inequidade: denota disparidades evitáveis e injustas, expressão de desigualdades desnecessárias, do ponto de vista político em populações humanas e de agregados. Iniquidade: corresponde a inequidades que, além de evitáveis e injustas, são indignas, vergonhosas, resultante da opressão social (segregação, discriminação, perseguição) na presença de diversidade, desigualdade, diferença ou distinção. (NOGUEIRA, 2010, p. 30)

Partindo-se deste campo teórico, pode-se questionar o quanto os agentes envolvidos nos cuidados da saúde da população identificam situações que tragam esses conceitos de forma mais evidente. Pode-se também estimular a reflexão e propor a intervenção no mundo do trabalho, para melhor instrumentar o profissional e combater as iniquidades. Há poucos estudos que mostram o conhecimento do profissional de saúde sobre o impacto das condicionantes dos determinantes sociais na prática clínica diária. Essa necessidade de ampliar as pesquisas nesta área encontra suporte na literatura (NOGUEIRA, 2010).

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências para o diagnóstico, o cuidado, o tratamento, o prognóstico, a etiologia e a profilaxia das doenças e agravos. Ela deve buscar desenvolver condições de suprir as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas que promovam o cuidado (CECCIM, 2004).

Incluir o estudante e o docente no convívio direto com a comunidade em seus locais de residência através da assistência em atenção primária aproxima os estudantes dos cenários reais. Pode-se assim, fazer com que o estudante participe do processo de busca de solução e resolução dos problemas dessas comunidades. Essa aproximação do estudante traria a complexidade do processo saúde-doença, o que contribui para uma formação médica mais ampla e condizente com a realidade das pessoas (OLIVEIRA, 2008).

É relevante considerar que a abordagem dos determinantes sociais evidencia diferentes condições de saúde, relacionando a posição social em países ricos e pobres e as condições sociais. Porém, os determinantes psicossociais podem também atuar frontalmente por lidar com vivências individuais essenciais como realizações e frustrações, que terão influência preponderante sobre os anos de vida saudáveis do indivíduo.

No campo da teoria social, os determinantes sociais são perfeitamente justificáveis. Diferentemente, a concepção liberal da economia introduz uma valorização primordial de comportamentos e atitudes individuais, ou mesmo valorização da biologia, exemplificada pelas doenças genéticas, dosagens bioquímicas. Esse caminho leva à questão da saúde para uma esfera de escolhas e de culpabilidades individuais. Força um padrão de normalidade para justificar condições dos indivíduos frente a suas atitudes, chegando às vezes ao raciocínio da estratificação social como condição aceita e “normal”. Tende-se a uma valorização da meritocracia, deixando a justiça social em um plano secundário.

Considerando-se que o tema dos determinantes sociais tem sido preconizado para a formação dos médicos e dos demais profissionais de saúde, busca-se esse conhecimento tanto para a excelência técnica quanto para o bom desempenho vinculado às ações sociais (SANTOS, 2003). Tenta-se, dessa forma, a proposição de melhor formação dos profissionais para melhor atenção à saúde das pessoas.

Para valorizar a saúde e buscar soluções que possam reduzir suas iniquidades tão evidentes no Brasil, em 2006 foi criada a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), via decreto presidencial. Essa comissão foi constituída por pessoas das várias áreas de conhecimento, entre elas saúde, educação, economia, política, cultura, entre outras. A comissão gerou dados para estudos sobre os DSS. Produziu-se material teórico e propostas de solução de problemas sociais da coletividade. Construiu-se, dessa forma, um conjunto de ferramentas para o enfrentamento das iniquidades em saúde por meio da produção e disseminação de informação e conhecimento sobre a realidade brasileira. Essa comissão trouxe substrato teórico capaz de subsidiar planejamento e cooperação internacional, além de estimular a participação da sociedade civil na resolução de seus

problemas de saúde. Tentou-se assim, por meio da cooperação internacional, propor mudanças necessárias para a melhoria nas condições de saúde das pessoas. Além de se estimular a produção do conhecimento e divulgação de experiências positivas em saúde, também se viu a necessidade de entender melhor o conceito dos determinantes sociais de saúde.

O conceito dos DSS, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), engloba os fatores sociais, étnicos/raciais, econômicos, culturais, psicológicos e comportamentais envolvidos na saúde das pessoas (RIBEIRO, 2015). Para melhor entender a relação entre os diversos fatores, alguns modelos teóricos foram elaborados. Podemos destacar o modelo de Dahlgren e Whitehead, apresentado na figura 1 (BUSS, 2007p.84).

Figura 1 - Determinantes sociais - modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: BUSS, 2007, p. 84.

O modelo traz alguns níveis de determinantes individuais (microdeterminantes), coletivos e ambientais (macrodeterminantes). O conhecimento desse modelo e da interação entre os determinantes permitiria, de uma forma didática, um planejamento para intervenção adequada, possibilitando o planejamento para a resolução das causas das iniquidades em saúde. Há vários outros modelos conceituais que também alcançam essa abrangência e podem evidenciar parte das desigualdades e das iniquidades em saúde como os de Mackenbach, Diderichsen e Hallqvist e Marmot e Wilkinson. Todos trazem parte da complexidade de

fatores que interferem na saúde das pessoas e das comunidades (RIBEIRO, 2015). O modelo aqui adotado mostra-se didaticamente mais adequado para o objeto de pesquisa proposto.

Trazendo-se para a prática deste projeto de pesquisa, o tema mostra-se relevante para discussão na formação médica, já que um currículo de uma escola de graduação em medicina que se utilize de metodologias ativas, preconizando a inserção precoce de seus estudantes na realidade do trabalho e da comunidade, traria oportunidades para o reconhecimento e o debate sobre o tema dos determinantes sociais em saúde. Este modelo insere um conteúdo social e político na formação do estudante, o qual pode ser um passo para a mudança da formação médica frente às mudanças tecnológicas e socioeconômicas do novo século (ALHAQWI, 2010).

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo, constituído de três momentos: análise documental, entrevista individual com docentes e entrevista individual com discentes da ESCS. O projeto desta pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, tendo a Escola Superior de Ciências da Saúde como entidade coparticipante. Após a aprovação pelo CEP, com número 69263517.1.0000.5260, o projeto foi apresentado aos docentes e estudantes, sendo realizado o convite para participação.

2.1 Contexto de pesquisa

A Escola Superior de Ciências de Saúde do Distrito Federal (ESCS) é objeto de estudo desta dissertação. Ela foi inaugurada em 2001, concebida dentro do novo modelo de currículo por competências, orientado pelas DCN de 2001, e desenvolve o aprendizado dos estudantes em cenários reais, buscando a promoção da saúde da comunidade ativamente. Algumas particularidades dos cenários mostram-se favoráveis ao aprendizado de temas específicos, como o dos determinantes sociais de saúde. A reflexão sobre a complexidade dos cenários reais possibilita os múltiplos olhares para a formação, podendo contribuir para o desenvolvimento das competências curriculares esperadas: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. A ESCS tem dois cursos de graduação: medicina e enfermagem. Esta dissertação traz apenas dados relativos ao curso de medicina.

O curso de medicina da escola em questão tem duração de seis anos, e cada ano, ou série, desenvolve suas atividades estruturadas em três eixos: (1) Tutorial, no qual são trabalhados os conteúdos curriculares teóricos por meio de discussões em pequenos grupos, seguindo-se os sete passos do tutorial; (2) Habilidades e Atitudes, que busca desenvolver em cenários de prática o contato precoce no mundo do trabalho e nos cuidados da pessoa; e (3) Interação Ensino, Serviço e Comunidade, em que o cenário de prática se desenvolve na atenção primária e junto à comunidade.

Esse modelo curricular se desenvolve ao longo de quatro anos. O quinto e o sexto anos (internato) são similares às escolas tradicionais, apesar de existir uma perceptível postura ativa dos discentes, que buscam manter o protagonismo em seu aprendizado. Nos dois últimos

anos de formação, os estudantes estarão estagiando em áreas consideradas essenciais para a futura vida profissional, conforme definido nas DCN 2014.

Todo aprendizado como processo é muitas vezes reconhecido apenas após o uso de um instrumento de avaliação. Conforme o instrumento possa avaliar o conteúdo, as habilidades ou as atitudes ele pode também auxiliar na percepção do desenvolvimento das competências. Durante todo o curso o estudante tem avaliações somativas e formativas. Em resumo, podemos entender que:

[...] a avaliação do estudante de medicina serve a várias finalidades e deve cumprir diferentes funções, entre as quais três adquirem maior importância 1: estimular o aprendizado (função formativa), embasar a tomada de decisões (função somativa) e prover elementos para o controle da qualidade do currículo (função informativa) (TRONCON, 2016p.32).

Os estudantes também participam de práticas curriculares e extracurriculares em cenários de aprendizado diversos. A participação em ligas, campanhas de saúde à população, atividades de monitoria, projetos de iniciação científica, além de programas como o Ciência sem Fronteiras, Projeto Rondon, entre outros, são exemplos de oportunidades diversificadas de aprendizagem que o estudante tem em seu percurso de formação. A avaliação e a reflexão sobre os conhecimentos provenientes dessas experiências trazem pistas valiosas para o reconhecimento do aprendizado significativo, mesmo frente ao currículo informal (COSTA, 2012).

As competências, desenvolvidas em cada etapa do curso, tornam-se cada vez mais complexas e complementares (SANTOS, 2011). O currículo, conforme apresentado, é uma estrutura fixa da escola, não traduzindo a complexidade da construção das competências individuais. Cada uma é alcançada de forma diferente, e para cada estudante ela se desenvolve em momentos diversos. Um melhor entendimento sobre as formas como se dá o aprendizado pode ser estudada por meio de pesquisas qualitativas, justificando-se a pesquisa aqui desenvolvida (MINAYO, 1993; MINAYO, 2010). Buscou-se trazer uma amostra de como esse conhecimento se fez ao longo da formação dos estudantes e como os professores planejaram e participaram desse aprendizado.

Sobre o cenário de aprendizado do IESC, ele é desenvolvido nos três primeiros anos do curso de medicina e tem como principal característica estimular o desenvolvimento da competência de atenção à saúde na atenção primária, além de apresentar a complexidade da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis de atenção, estimulando a

formação dentro da interprofissionalidade, o que possibilita uma abordagem dos determinantes sociais de forma mais ampla e colaborativa. “A educação interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde (OMS, 2010p.10).”

O estudante participa de vivências junto à comunidade e discute temas relacionados aos programas de saúde oferecidos à população. Participa de visitas domiciliares acompanhado pelos agentes de saúde; participa da rotina de atendimento de outros profissionais, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos, reforçando a importância da interprofissionalidade para a plena atenção à saúde (MACHADO, 2012). Várias atividades são desenvolvidas nas cidades satélites, que são a periferia de Brasília, favorecendo o reconhecimento dos territórios fora do centro da cidade, com suas particularidades e dinâmicas específicas.

No planejamento curricular, cada turma de 80 estudantes é dividida em grupos menores de 10 a 12 estudantes e permanecem em um cenário de atenção primária já definido pela coordenação do curso e do coordenador do eixo. Esse cenário é definido segundo um planejamento relacionado à estrutura e aos profissionais que possam dar suporte ao estudante. Um fator importante é a presença de preceptores e o funcionamento das equipes da atenção primária nesse cenário. Assim, o estudante segue com a supervisão do mesmo docente ao longo de um ano letivo e desenvolve atividades ligadas tanto ao aprendizado teórico, segundo o manual do eixo do IESC, que detalha os objetivos educacionais a serem atingidos ao final do curso, quanto ao aprendizado de habilidades cognitivas e atitudinais diversas frente à complexidade da atenção à saúde e às necessidades de saúde.

Por ser um cenário bastante heterogêneo, cada grupo de estudantes pode ter vivências diversas e gerar o aprendizado significativo conforme as oportunidades de reflexão e motivação sejam desenvolvidas. O aprendizado é avaliado por instrumentos formativos e somativos, sendo esperado que o estudante alcance os objetivos educacionais definidos previamente segundo o currículo da escola, alinhado às DCN. Não serão abordados aqui os instrumentos de avaliação, mas cabe ressaltar que o portfólio reflexivo é utilizado no IESC e é por meio desse que o estudante pode trazer seu entendimento inicial sobre a realidade da saúde e a influência dos DSS.

2.2 Análise documental

Iniciou-se com a análise documental, que teve como objetivo principal identificar a presença do termo “determinante social” ou “determinação social” de saúde nos documentos oficiais da instituição, sendo escolhidos para essa análise o projeto político pedagógico e os manuais do IESC dos três primeiros anos. Essa primeira análise permitiu verificar em que momento do currículo o tema é abordado, verificar a progressão e o reforço do tema ao longo das atividades e também quais as atividades em que o mesmo é preconizado na ESCS. Segundo as orientações descritas na literatura,

[...] a análise de conteúdo não deve ser extremamente vinculada ao texto ou à técnica, num formalismo excessivo, que prejudique a criatividade e a capacidade intuitiva do pesquisador, por conseguinte, nem tão subjetiva, levando-se a impor as suas próprias ideias ou valores, no qual o texto passe a funcionar meramente como confirmador dessas (CAMPOS, 2004p.613).

Dessa forma, mesmo não se apresentando os temas literais, verificou-se a aproximação de conteúdos relacionados à abordagem social na formação médica, sendo reconhecido o compromisso da escola para contemplar esses conteúdos.

A caracterização de um fenômeno pode se dar de diversas formas. A pesquisa exploratória possibilita um entendimento inicial sobre esse fenômeno. A escolha dos sujeitos de pesquisa envolve decisões que passam pela organização do processo, mas também leva em consideração a viabilidade de execução dos passos que se decidiu seguir. Dessa forma, o segundo e o terceiro momentos da pesquisa passou pela entrevista de docentes e de discentes que relataram suas percepções sobre a abordagem do tema ao longo do currículo.

2.3 Entrevistas

Foram selecionados três docentes, conforme seu conhecimento teórico e prático sobre o tema e por fazerem parte tanto da docência quanto do planejamento das atividades do eixo estudado, IESC. Essa foi uma amostra intencional, também descrita em diversos trabalhos (MINAYO, 2017) e aqui justificada pelo conhecimento acumulado frente aos processos de formação e desenvolvimento curricular pesquisado. Fez-se o convite para participação na pesquisa. Após a aceitação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, marcaram-se as entrevistas individuais em horário previamente definido, na sala dos professores da ESCS.

O roteiro apresentava as seguintes questões norteadoras: 1. Ao longo da formação do estudante desta escola você percebe um ganho de conhecimento e reflexão acerca dos DSS na prática médica? 2. Considera que haja fragilidades na abordagem de algum tema específico relacionado aos determinantes sociais de saúde? Exemplifique sua resposta. 3. Você sugere outras atividades, estratégias ou outros cenários para auxiliar a abordagem sobre o tema dos determinantes sociais na formação do estudante da ESCS?

Após cada entrevista com respectiva gravação de áudio, garantiu-se o sigilo de cada entrevistado, sem referência nominal. Cada docente foi identificado com o código Do1, Do2 e Do3, numerado aleatoriamente, conforme decisão da pesquisadora. Dessa forma, foi possível interpretar os dados durante a análise de conteúdo e assegurar o sigilo, segundo preceitos éticos e legais. As entrevistas tiveram a duração de 15 a 21 minutos. Respeitou-se a disponibilidade de cada um dos entrevistados. Ao final da entrevista o conteúdo gravado foi transcrito e o texto foi analisado por meio da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2009). Essa técnica, resumidamente, pode ser dividida em três etapas principais: a da análise inicial dos dados, a da exploração dos dados e a da interpretação e tratamento dos dados.

A primeira etapa realizada pela transcrição das falas dos entrevistados foi realizada por uma empresa especializada em transcrição de entrevistas, após assinatura de termo de garantia de sigilo dos dados. As entrevistas gravadas foram encaminhadas por meio eletrônico e as transcrições também recebidas via e-mail.

Seguiu-se para a leitura do material escrito, a chamada leitura flutuante, que se fez de forma exaustiva, buscando-se identificar temas centrais por meio de temas e objetivos chaves, agrupando-os e classificando-os de acordo com unidades de contexto e unidades de compreensão (BARDIN, 2009).

Na última etapa, que constitui a análise dos dados, fez-se o agrupamento dessas unidades de contexto e de compreensão e definiu-se alguns temas para agrupar os conteúdos trazidos, levando-se em conta a relevância de significado. Foram seguidos os passos definidos em literatura para possibilitar a análise posterior (CAMPOS, 2004; MORAES, 1999).

Em relação à terceira etapa, que envolve a entrevista com estudantes, procedeu-se à seleção dos mesmos levando-se em conta a maior experiência ou vivência curricular mais avançada, o que trouxe maior detalhamento sobre o a evolução do conhecimento adquirido ao longo da formação. Foram convidados a participar da pesquisa os estudantes do quarto, quinto e sexto anos de Medicina. A seleção dos estudantes deu-se por um método não probabilístico (OLIVEIRA, 2001). Foi realizada uma amostra por conveniência, considerando-se alguns

fatores limitantes: os estudantes do quarto, quinto e sexto ano têm poucas atividades em cenários em comum, e na maior parte do tempo encontram-se em cenários de pequenos grupos, o que dificultaria a abordagem de todos num único momento, como, por exemplo, numa atividade de grupo focal. Outra limitação é a resistência em relação a convites para participação de pesquisas que levem à mobilização desses estudantes em dias não programados de atividades, o que poderia comprometer a participação efetiva.

A entrevista individual foi eleita como forma de obter os dados sobre as percepções sem depender de agendas muitas vezes difíceis de serem associadas. Dessa forma, foram entrevistados seis estudantes, nos cenários de aprendizado, sem que necessitassem de deslocamento. O convite foi realizado por meio dos representantes das turmas do quarto, quinto e sexto anos e aguardou-se o contato individual dos estudantes que se dispuseram a colaborar com o projeto de pesquisa. Após esse contato inicial foi agendado um horário em que os estudantes estavam em atividades pela ESCS. Foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, procedendo-se com as entrevistas em uma sala que pudesse propiciar privacidade e menos chances de interrupções.

As questões norteadoras foram as seguintes: 1. O que você entende por DSS? 2. Considera que o tema dos DSS é relevante para a formação médica? 3. Durante o curso de medicina como foi abordado o tema sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) nas atividades práticas e teóricas? 4. Durante as atividades práticas do IESC houve oportunidades para discussão específica sobre o tema dos DSS? 5. Considera os cenários de prática do IESC adequados para contextualização do tema dos DSS? 6. Considera os docentes do IESC capacitados para aprofundar o debate teórico sobre os DSS? 7. Sugere alguma estratégia para melhorar a abordagem do tema dos DSS durante o curso de medicina?

As entrevistas tiveram a duração entre 6 a 21 minutos. Foram também gravadas e transcritas. Os dados das entrevistas foram analisados conforme a técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (2009). Nomeou-se os discentes com os símbolos Di1, Di 2, Di3, Di4, Di5 e Di6, condizente com o sigilo acordado.

Cabe uma observação sobre o grupo de estudantes. Todos já passaram pelos três primeiros anos no cenário de atenção primária, participando das atividades do eixo IESC. Essa maior vivência curricular possibilitou reflexões mais maduras, descritas posteriormente nos resultados, mostrando-se mais complexas conforme o estudante fosse do quarto, quinto ou sexto ano, progressivamente.

Algumas ressalvas podem ser feitas neste momento. Esta dissertação não tem o objetivo de trazer generalizações sobre o fenômeno analisado, visto que trazer a visão de uma

parte do grupo que vivenciou experiências diversas ao longo da formação em relatos de percepção individual é relevante pelos conteúdos, que possibilitam ilustrar elementos do currículo formal e do currículo vivido relatado. Considerou-se aqui também as limitações do método em trazer respostas uniformes. Sabe-se que a ampliação do número de indivíduos na pesquisa poderia trazer percepções e ideias diferentes das aqui apresentadas, justamente por não haver a possibilidade de generalização ou conclusões pelo grupo, já que a opção metodológica não é adequada para esse fim. A amostra por conveniência, que foi aqui escolhida, visa trazer a percepção das vivências curriculares de parte do grupo, levantando dados sobre a perspectiva dos sujeitos, suas motivações para o aprendizado e também suas críticas sobre como se processa o aprendizado sobre os determinantes sociais de saúde na ESCS.

3 RESULTADOS

Conforme comentado anteriormente, fez-se uma análise dos documentos oficiais da ESCS, representados pelo projeto político pedagógico e sua matriz curricular, além dos manuais do eixo IESC dos três primeiros anos do curso de medicina. Buscou-se o tema dos DSS nesse material escrito. Seguiu-se com a entrevista dos docentes e discentes, descrevendo-se o conteúdo das entrevistas e a percepção de cada entrevistado frente à abordagem do tema dos DSS em sua experiência curricular na ESCS.

3.1 Análise Documental do Projeto Político Pedagógico da ESCS

O Projeto Político Pedagógico de 2012, atualmente vigente e disponibilizado eletronicamente (DISTRITO FEDERAL, 2012), foi analisado. Esse documento possui 177 páginas, foi redigido por uma comissão de docentes e tem em seu corpo dados sobre a estrutura organizacional, a duração do curso, o currículo propriamente dito e as regras sobre os processos avaliativos do curso de medicina da ESCS.

Destaca-se como conteúdo de interesse para esta dissertação o capítulo que trata do currículo da escola. Do total de 177 páginas, o currículo ocupa 151 páginas, incluindo os conteúdos e as referências bibliográficas reportadas por cada eixo descrito (tutorial, IESC, HA).

Numa busca por termos considerados relevantes para a pesquisa que se apresenta, chama a atenção a ausência dos termos: “determinação social” ou “determinantes sociais” ao longo de todo o documento.

Alterando-se esta busca para o termo isolado “social”, encontramos este termo associado a diferentes significados, destacados abaixo (grifo do autor).

Frente ao estudante, a Instituição de Educação Superior “tem o papel de bem estar físico, mental e **social**” e de “apoio **social**” ao estudante (DISTRITO FEDERAL, 2012p.4).

Dentro do conteúdo específico do currículo, traz-se o trecho relacionado às competências esperadas do egresso: “trabalhar em equipe, evidenciando compromisso **social**” (DISTRITO FEDERAL, 2012p.10).

No capítulo específico das atividades do eixo IESC, temos: “Todo médico deve ser capaz de exercer a prática geral da medicina e, para tanto, atender a todos os componentes de uma família, independentemente de sexo e idade, comprometendo-se com a pessoa inserida em seu contexto biológico, psicológico e **social**” (grifo do autor) (DISTRITO FEDERAL, 2012p.19).

Outras associações ao longo do documento evidenciam a diversidade de apresentação desse termo, sem uma abordagem conceitual ligada aos determinantes sociais, como seguem os exemplos: contexto social, preocupação social, realidade social, compromisso social, transformação social, responsabilidade social, construtivismo social, dimensão social, aspecto biopsicossocial, quadro social, exclusão social (determinantes de exclusão social). Esse último está presente no Módulo de Abrangências das Ações de saúde do primeiro ano do curso. Encontra-se ainda os termos controle social, previdência social, rede social, socializar informações, citados nas referências bibliográficas. Tem-se ainda os termos: processo social, medicina social, ética social, equidade social, ambiente social, assistência social, gerontologia social, história social da criança e da família, dimensão social, custo social, modelo biopsicossocial, risco social, alcance social.

Tentando-se encontrar outra forma de apresentação do tema dos determinantes sociais de saúde, buscou-se o termo isolado “problema”, o qual ocorre 87 vezes no documento. Este associa-se a outros termos, como segue: problemas da sociedade, problema social, problema de saúde, que no texto associa-se mais à esfera biológica.

Não ficou claro se na página 10, como atribuição do egresso ao final do curso a determinação social está sendo abordada no trecho: “Reconhecer e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de **problemas** (grifo meu) que fujam ao alcance da formação geral do médico.” (DISTRITO FEDERAL, 2012p.10)

Outros termos encontrados foram o termo saúde coletiva (ocorrência: 16 vezes) e determinantes isoladamente (ocorrência: 12 vezes). Esse último apareceu se referindo a questões biológicas e de estrutura de análise de conteúdo por 5 vezes. Por 7 vezes estava acompanhado de outros termos: determinantes de saúde-doença, determinantes de exclusão social, problemas determinantes nas famílias. O termo epidemiologia ocorre 34 vezes ao longo do documento e foi citado de forma independente em cada módulo, sem uma linha única de progressão ao longo do documento.

Dessa forma, não se encontrou clareza na forma da redação atual do Projeto Político Pedagógico sobre a definição dos determinantes sociais ou do modelo adotado pela escola para a abordagem do tema. Também não se viu no PPP de 2012 dados concretos sobre a

integração ou inserção do tema dos DSS ao longo dos eixos. O conteúdo de abordagem social foi apresentado textualmente de formas muito variadas, o que não significa que não esteja sendo abordado, mas dificulta o entendimento sobre a progressão desse conteúdo ao longo da graduação. Para a maneira como foi realizada a busca textual não ficou evidente como o conteúdo dos DSS se desenvolve e se aprofunda durante os seis anos do curso de medicina. Essa dificuldade pode se justificar pela não padronização ou uniformidade do uso do termo DSS, relatado também na literatura. Esse achado pode servir como um dos eixos para atualização da matriz curricular diante de uma proposta de formação baseada em maior responsabilidade social.

Como complementação a essa busca, fez-se a análise documental semelhante nos manuais do IESC dos três primeiros anos do curso de medicina de 2017.

3.2 Análise Documental dos manuais do IESC

Os manuais são documentos normativos e instrucionais. Eles trazem orientação sobre os cenários de aprendizado, os objetivos educacionais esperados e as regras de avaliação durante o processo de aprendizagem do estudante. Tendo como principal cenário a atenção primária e os equipamentos de saúde, todos os manuais fazem referência à importância da atenção à saúde junto à comunidade e relatam a interprofissionalidade como essencial para promoção da saúde. Durante o desenvolvimento das atividades, os estudantes são divididos em pequenos grupos (variando de 10 a 12 estudantes em cada grupo) e acessam as unidades de saúde uma vez por semana, acompanhados por um docente, por um período de 4 horas, segundo o cronograma da série que está cursando.

Fez-se a leitura dos manuais dos três primeiros anos do curso de medicina, relacionados ao eixo IESC buscando-se os termos “determinante social” ou “determinação social” da saúde. Os mesmos não se mostraram destacados como tema central, sendo referenciados ao longo do manual em poucas passagens. Na introdução dos três manuais (ALVES, 2017, p. 6; SILVA, 2017, p. 6; SILVA, 2017, p. 6) há uma primeira referência em comum, mostrando que ao longo das atividades do IESC, essa irá proporcionar ao estudante "o aprendizado do processo saúde-doença e seus determinantes, por meio da utilização dos indicadores epidemiológicos e a prática da atenção à saúde no modelo que tem como base a atenção integral à saúde e as redes de atenção.”.

Buscando-se trechos em que os manuais possam propor uma abordagem temática sobre os DSS, mesmo que o termo não seja utilizado de forma literal, tentou-se identificar outras passagens com outros termos com significado semelhante.

No manual do primeiro ano, que tem 52 páginas, há referência ao artigo 3º da DCN de 2014:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a **determinação social** do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014 art. 3º)

Além desse trecho, há outras referências utilizando-se termos que trazem a importância do contato com a realidade social. O manual traz orientações afirmando que cabe ao estudante “discutir as necessidades de saúde das famílias, identificar fatores de vulnerabilidades e de risco e fatores relacionados à saúde (ALVES, 2017p.9)”. Essa referência se encontra nos objetivos educacionais esperados para o estudante.

Um dos trechos evidencia o desempenho esperado: “o estudante deve desenvolver habilidades para identificar necessidades em saúde, problemas e seus determinantes junto às famílias, comunidades e serviço de saúde”. Outra passagem traz o reconhecimento das necessidades de saúde, sem maiores detalhamentos sobre como esse processo será realizado na prática. Não há indicação sobre os conceitos de determinantes sociais ou modelos adotados pela escola nos cenários de aprendizado.

O manual do segundo ano, com 42 páginas, cita os termos compromisso social, identificação de vulnerabilidades e fragilidades, além de trazer a importância das atividades desenvolvidas para que o estudante conheça a realidade. Fala-se sobre os determinantes sociais de saúde em três momentos: na introdução, como já referido, nos objetivos específicos do estudantes, em que ele irá “relacionar as ações desenvolvidas pela unidade de saúde e determinantes sociais da saúde para o protagonismo e autonomia do indivíduo e da comunidade (SILVA, 2017p.6)” e nas orientações sobre como deve ser redigido o portfólio reflexivo, que é um dos instrumentos de avaliação utilizados no IESC. O portfólio é uma escrita reflexiva, que se faz após cada atividade prática. O estudante segue etapas específicas: observa a realidade; faz levantamento dos pontos chave; segue com a teorização; propõe hipótese de solução e busca aplicação na realidade. O termo “determinante” é citado nas

etapas de observação da realidade e da teorização. Mostra-se uma tendência de abordagem deste conteúdo por meio do estudo individual sobre os determinantes, conforme a realidade vivenciada nos cenários. Há orientação para busca na literatura, não sendo evidenciada programação temática mais detalhada sobre o tema nas atividades descritas no manual.

O manual do terceiro ano, com 40 páginas, traz o termo determinantes sociais em duas passagens: na introdução e no corpo do texto sobre os objetivos a serem alcançados pelo estudante, similares às encontradas no manual do segundo ano.

Algumas passagens que podem estar relacionadas ao tema dos DSS trazem que o estudante deve “demonstrar entendimento sobre a pessoa como um todo (história de vida, questões pessoais, contexto social, cultural e econômico) (SILVA, 2017p.28)”. Outro trecho refere que o estudante deve “identificar vulnerabilidades da pessoa e a complexidade do caso (SILVA, 2017p.28).” Encontra-se ainda que o estudante deve “discutir oportunamente com o docente e ou preceptor e outros profissionais do cenário sobre as necessidades da pessoa, no sentido de dar uma resposta (SILVA, 2017p.28)”

Dessa breve análise, percebe-se que o conteúdo sobre os DSS, apesar de ser citado nos manuais, não é ainda detalhado textualmente de forma a permitir um entendimento sobre a progressão ou aprofundamento do aprendizado ao longo das atividades do IESC nos três primeiros anos. Pode-se inferir que, talvez esse seja um conteúdo cujo estudo individual seja mais estimulado neste momento e que as associações com a realidade sejam reforçadas nas avaliações formativas, nos debates ao final das atividades semanais e no *feedback* individual recebido após a leitura do portfólio pelo docente. Ainda não há clareza em relação ao nível de aprofundamento conceitual ou de integração entre as séries frente a este tema. As entrevistas trazem mais dados sobre essa primeira impressão.

3.3 Entrevista dos docentes e discentes da ESCS

Foram entrevistados três docentes e seis estudantes. Os estudantes cursavam o quarto, quinto ou sexto ano do curso de medicina. Os três professores entrevistados já exerciam a atividade docente na ESCS entre 4 e 10 anos. Todos os professores tinham um histórico de participação no planejamento do eixo IESC, na escrita e revisão dos manuais e também nas atividades práticas com os estudantes nos cenários de atenção primária. Após apresentação do

projeto, aceitação para participação, assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, procedeu-se com as entrevistas.

As entrevistas foram gravadas e seu conteúdo foi transcrito e analisado, conforme descrito anteriormente na parte metodológica desta dissertação. Afim de garantir o anonimato dos entrevistados, denominou-se cada um dos discentes como Di1, Di2, Di3, Di4, Di5 e Di6 e cada docente como Do1, Do2 e Do3. As entrevistas tiveram perguntas norteadoras diferentes para docentes e discentes. Considerou-se que os docentes pudessem trazer mais informações relacionadas ao planejamento das atividades e particularidades dos cenários, além das percepções sobre as possibilidades de aprendizado sobre o tema dos DSS, assim, os estudantes foram questionados em relação à percepção sobre o conceito dos DSS e as potencialidades de aprendizado nos cenários. Ambos foram questionados sobre propostas de melhor abordagem futura do tema no currículo. As perguntas norteadoras encontram-se na metodologia e nos apêndices, ao final da dissertação. Tem-se no quadro abaixo, um resumo dos achados iniciais, considerando os conceitos trazidos pelos estudantes e os termos mais utilizados durante as entrevistas.

Quadro 1 - Relato de percepções dos entrevistados sobre os determinantes sociais de saúde.

(continua)

Entrevistado	Definição de DSS	Termos utilizados durante entrevista
Di1	“Os DSS são os fatores que influenciam a saúde”.	Questões sociais, questões econômicas, renda, lazer, condições de moradia, acesso à educação, segurança, relações sociais (família), pobreza, desigualdade, insalubridade, realidade, vulnerabilidades (violência sexual, drogas, violência doméstica), condição social.
Di2	“Os DSS referem-se a tudo que abrange a vida da pessoa”.	Condição de moradia, saneamento básico, água encanada, descarte do lixo, educação, nível social e nível econômico.
Di3	“Os DSS são características da sociedade que influenciam um indivíduo de forma geral e também na saúde”.	População pobre, esgoto, saneamento básico, lixo, ambiente, poder aquisitivo, questão social, desigualdade, criminalidade na adolescência, violência, drogas, DST, qualidade de vida.
Di4	“Os DSS são todos os componentes envolvidos na sociedade que atuam diretamente na questão da saúde e doença”.	Aspectos sociais, psicológicos, espiritual, fatores sociais, realidade, família, presidiário, violência, rede de apoio, comunidade, escola.
Di5	“Os DSS são o meio que a pessoa vive e como este interfere nas condições de saúde”.	Estilo de vida, condição socioeconômica, moradia, acesso a serviços: saúde e tratamento de água, vulnerabilidade social, gestação na adolescência, desigualdade, pobreza, representação, família.
Di6	“Os DSS são tudo aquilo que possa influenciar de forma direta ou indireta a assistência à saúde do usuário”.	Saúde do usuário, situação social. Rede de Atenção à Saúde (cenário do atendimento ambulatorial) O discurso deu muitos exemplos de situações vivenciadas.

Di (1-6): discentes; Do (1-3): docentes.

*Observação: não se fez a pergunta específica sobre a definição durante a entrevista com os docentes.

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 1 - Relato de percepções dos entrevistados sobre os determinantes sociais de saúde.

(conclusão)

Entrevistado	Definição de DSS	Termos utilizados durante entrevista
Do1	Não trouxe definição específica*	Educação, lazer, salário, emprego, comunidade, serviços de saúde, violência, violência sexual, negligência, trabalho infantil, falta de água encanada, esgoto, escola, desemprego.
Do2	Não trouxe definição específica*	Família, hábitos de vida, escolaridade, trabalho, relações familiares, pobreza, problemas sociais, desemprego, violência.
Do3	Não trouxe definição específica*	Família, relações das famílias, indivíduo, fatores econômicos, ambiente, moradia, habitação, comunidade, contexto social, realidade.

Di (1-6): discentes; Do (1-3): docentes.

*Observação: não se fez a pergunta específica sobre a definição durante a entrevista com os docentes.

Fonte: elaborado pela autora.

3.3.1 Percepção dos docentes

Podemos agrupar as percepções dos docentes conforme o quadro a seguir:

Quadro 2 - Percepção dos docentes sobre o tema dos DSS no currículo da ESCS

Unidades de contexto	Unidades de compreensão
1. Os cenários de atenção primária e abordagem do tema dos DSS	<ul style="list-style-type: none"> • Favorável à problematização • Possibilita percepção crítica da realidade • Possibilita percepção da complexidade do indivíduo e suas relações • Traz o conceito de saúde ampliado
2. O aprendizado dos estudantes ao longo da graduação	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação para estudar os temas sociais • Contato com situações de desigualdade gera reflexão e aprendizado • Desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia • Desenvolvimento de autonomia e tomada de decisão
3. Integração do tema ao longo dos anos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de domínio sobre o conceito dos DSS • Falta integração do tema ao longo dos eixos
4. Capacitação dos docentes e dos preceptores	<ul style="list-style-type: none"> • Preparo e formação heterogênea • Dependência de competência individual • Dependência do vínculo com a instituição • Deficiência de um programa formal de capacitação
5. Temas diversos identificados	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na abordagem do tema violência • Vivência prática sem correlação teórica • Desigualdade, pobreza e iniquidades pouca teorização • Problematização permite produção científica por meio de relatos de experiência

Fonte: Elaborado pela autora.

O conteúdo das entrevistas analisadas permitiu identificar cinco grandes grupos temáticos:

1. Cenário da atenção primária e abordagem do tema dos DSS

Os docentes afirmaram que a atenção primária favorece a problematização e o desenvolvimento da percepção crítica do estudante frente à realidade. As visitas domiciliares expõem a complexidade do indivíduo, das relações familiares, do seu ambiente. Todos reconheceram que o cenário propicia oportunidades favoráveis para que se faça tanto a teorização sobre os DSS, diante da realidade acessada nas práticas semanais dos estudantes, quanto a reflexão sobre o conceito de saúde.

Eles voltam da visita domiciliar e falam: vi tanta coisa hoje, foi tão rico (Do1);

Se você não sabe como a comunidade vive, é muito difícil querer que ela tenha saúde (Do1);

Na visita domiciliar temos as relações das famílias, como elas funcionam [...] e pode-se ver se uma família está adoecida (Do3);

A diversidade de cenários é própria da problematização, não são fragilidades. Os DSS sempre estão presentes nos cenários (Do3).

O tempo para aprofundar estas discussões é pequeno, porém alguns cenários despertam mais a atenção. (Do3)

2. O aprendizado dos estudantes ao longo da graduação

Os professores reconhecem a motivação dos estudantes frente a atividades que extrapolam a temática biomédica, desde que bem embasada e orientada. Relatam que há uma sensibilização dos estudantes frente aos temas diversos de sua realidade social, mas que a “desigualdade social” é capaz de trazer possibilidades concretas de aprendizado significativo, despertando reflexões mais consistentes. Afirmaram também que as atividades e discussões sobre as questões sociais propiciam o desenvolvimento de habilidades de comunicação e de empatia. Relataram também o bom aproveitamento de alguns estudantes que já desenvolvem desde o início do curso a capacidade de uma boa oratória, competência considerada importante para o profissional médico. Referem que várias das atividades também estimulavam o desenvolvimento de autonomia e de tomada de decisão, além de relatarem que é perceptível essa mudança ao longo dos anos.

Quando eles chegam no terceiro, eles conseguem aprofundar mais os temas, principalmente os temas sociais. Eles valorizam mais os temas sociais. (Do1)

No início o estudante é mais observador, no terceiro ano já desenvolve o raciocínio clínico, integram o conhecimento. (Do2)

Então, por exemplo, você foi visitar a família por uma situação específica, mas quando você vai ver, há toda uma complexidade. E dentro dela vão entrar os determinantes sociais. É a questão econômica, do ambiente, as condições de moradia [...] nós enquanto docentes e estudantes temos que estar atentos. (Do3)

3. Integração do tema dos DSS ao longo dos seis anos

Os professores relataram pouca integração entre os temas desenvolvidos nas atividades práticas e os demais eixos. Percebem esta falta de integração quando abordam questões com os estudantes (que não demonstram domínio conceitual ou conhecimento prévio acerca dos DSS) e quando recebem queixas dos estudantes sobre esta falta de integração. Há uma falta de linearidade do currículo sobre como o tema dos DSS se processa ao longo dos anos ou qual o conteúdo esperado a ser alcançado em cada ano.

Uma visibilidade ainda não é grande desses determinantes sociais, não. A gente ainda está preso aos programas (Do1)

Quando eles vão para o cenário, não é de cara vendo doença. Vendo sobre a família eles têm uma abordagem sobre os determinantes sociais. Mas acho que ainda é muito pequeno. Muito restrito ao programa educacional do IESC. (Do2)

Acho que é mais no IESC e HA mesmo. O tutorial tem pouco ainda sobre os determinantes sociais. (Do2)

Assim do ponto de vista teórico a discussão acontece na primeira série. Na segunda acontece de uma forma indireta, mas acaba acontecendo nas reflexões. Na terceira série, a gente tem um pouco mais. Depois na quarta série, acabou. E quinto ano vai para a saúde coletiva. (Do3)

4. Capacitação dos docentes e dos preceptores

Os professores reconhecem que existem diferenças entre os docentes que conduzem cada cenário. Há uma heterogeneidade entre os profissionais. Relataram que vários fatores podem justificar essa condição, como problemas com a remuneração dos preceptores, perfil individual mais motivado e sensível para aprofundar as discussões sobre o tema, grau de comprometimento com o programa educacional etc. Outras situações relatadas foram a sobrecarga de trabalho, que faz com que priorizem os temas mais técnicos ou de cunho biomédico, em detrimento das questões sociais. A capacitação individual para lidar com o tema nos cenários também foi citada como uma justificativa para a abordagem heterogênea do tema nos diversos cenários.

Como na nossa formação a gente não teve isso muito aprofundado, deveria ter uma capacitação. [...] Uma capacitação simples, para orientar os docentes como eles podem abordar isso no dia a dia. (Do2)

A gente tem um pouco de dificuldade em alguns cenários, pois existem tutores não remunerados que não acolhem tão bem o estudante [...]. Já em outros, o não remunerado trabalha tão bem quanto o remunerado. Tem o mesmo prazer em ensinar”. (Do1)

5. Temas diversos identificados

Durante as entrevistas a violência foi citada como um tema de difícil abordagem. Falou-se da violência sexual, da negligência, do trabalho infantil, além do contato com adolescentes infratores numa unidade de internação, que é cenário de atividade de alguns grupos de estudantes. Algumas atividades curriculares do profissionalismo foram citadas pelos entrevistados e, segundo relatado, já iniciam uma abordagem sobre a violência infantil, porém, o tema não se esgota e ainda é tabu.

Outro tema é a desigualdade social e a pobreza. Foi explicitado a diferença de classe social dos estudantes da faculdade de medicina e as comunidades assistidas durante o programa do IESC. As cidades satélites, bem como algumas instituições visitadas traziam essa questão, o que propiciava oportunidade de problematização por meio de relatos de experiências.

E a gente sente uma certa fragilidade em algumas unidades na abordagem do tema violência. [...] Quando a gente apresenta uma parte teórica do que é a violência, eles ficam um pouco chocados. (Do1)

A maioria dos jovens que eles avaliaram (nas unidades para adolescentes que cometeram atos infracionais), são pobres, têm uma dinâmica familiar disfuncional, tem a questão do desemprego e de violência, e eram coisas que eles não tinham se deparado ainda. (Do2)

3.3.2 Percepção dos discentes

As percepções dos estudantes podem ser representadas conforme o quadro 3. Frente aos dados analisados segundo a percepção dos estudantes, fez-se um conjunto de sete temas principais, apresentados posteriormente.

Quadro 3 - Percepção dos discentes sobre o tema dos DSS no currículo da ESCS

Unidades de contexto	Unidades de compreensão
1. Conceito de DSS	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem do conceito com destaque para condições sócio econômicas, condições de vida e trabalho
2. Aprendizado sobre os DSS	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento sobre a Comissão Nacional sobre DSS • Quarto ano não aborda o tema (considerado como conhecimento prévio já estabelecido?) • Quinto ano aborda o tema em atividade teórica exclusiva • Falta de correlação teórico-prática
3. Cenário de aprendizado na Atenção primária	<ul style="list-style-type: none"> • Cenário complexo, possibilita aprendizado significativo (reflexão) • Foge do aprendizado biomédico exclusivo • Propicia vínculo com a comunidade • Possibilita conhecer a rede de atenção à saúde
4. Formação no contexto da interprofissionalidade	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilita participação ativa do estudante nos processos de trabalho • Vivências enriquecedoras • Importante papel do médico de família
5. Capacitação docente	<ul style="list-style-type: none"> • Preparo e formação heterogênea • Dependência de competência individual • Deficiência de um programa formal de capacitação • Importância da instituição no processo de seleção, nomeação e capacitação
6. Importância da avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa depende do docente • Pensar em conteúdos importantes para a residência
7. Temas diversos identificados	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na abordagem do tema violência • Vivência prática sem correlação teórica • Desigualdade, pobreza e iniquidades pouca teorização • Dados sobre DSS acessados nas histórias clínicas sem discussão ou reflexão adequados

Fonte: Elaborado pela autora.

1. O conceito e o aprendizado sobre os DSS

O quadro 1, apresentado no início da descrição dos resultados, traz a percepção dos estudantes quanto à definição dos DSS. Verifica-se que, em geral, o conceito trazido refere-se às condições de vida em geral, sem incluir uma abordagem mais ampla ou trazer dados sobre todas as possíveis camadas referidas no modelo aqui adotado. Ao longo das falas todos consideraram o fator econômico como essencial e de grande influência para a saúde dos indivíduos e famílias. Alguns citaram a situação de trabalho e desemprego como fatores importantes no processo de saúde-doença. Os fatores individuais e coletivos foram considerados relevantes, porém pouco se falou a respeito do protagonismo individual sobre a

promoção da saúde. Não foi comentado acerca da evolução sócio histórica do conceito de DSS ou mesmo sobre a existência da comissão nacional sobre os DSS.

Em relação ao processo de aprendizado sobre o tema, os seis estudantes consideraram o tema relevante, porém a sua abordagem foi considerada por eles superficial ao longo dos três primeiros anos do curso.

E a gente compreende que o adoecimento das pessoas, ele está diretamente ligado às condições em como as pessoas vivem. Então, se a gente quer promover saúde, [...] a gente precisa compreender a estrutura social que essas pessoas estão inseridas. (Di1)

2. A atenção primária como cenário de aprendizado

Em relação aos cenários de aprendizado, os estudantes consideraram que a atenção primária traz oportunidades para o aprendizado por se tratar de um ambiente complexo e rico em relação às situações sociais, ultrapassando o contexto puramente biológico. As visitas domiciliares, o reconhecimento dos territórios, dos instrumentos sociais, além dos cenários oficiais da escola traz a chance para um aprendizado profundo, desde que haja tempo e oportunidade para reflexão. Outro fator é a criação do vínculo com as comunidades ao longo do programa de um ano.

Se você vai conhecendo aquelas realidades sociais, ao longo do curso, ao final você tem uma possibilidade de se tornar um médico mais empático, mais humano. [...] Eu vi, alguns colegas que eu não acreditava muito fazerem esta transformação (Di1)

Se a gente não tivesse ficado o ano inteiro na unidade, os adolescentes de lá não teriam abertura tão boa com a gente. (Di3)

Na atenção primária, a gente está de perto com o dia a dia dos pacientes, não tem um cenário melhor do que esse. (Di4)

3. Formação no contexto da interprofissionalidade

No conteúdo das falas também pode-se perceber a oportunidade de aprendizado com maior integração entre os profissionais (agentes de saúde, enfermeiros, psicólogos). Foi destacado o papel importante do docente para que haja essa formação e educação interprofissional, que consiste em “aprender com, sobre e através do outro, voltado para uma prática colaborativa que tem por objetivo o cuidado centrado na pessoa” (OMS, 2010p.13).

Quando eu entrei na clínica do Recanto das Emas, ela estava surgindo e a gente participou do matriciamento e cadastramento das pessoas junto com o agente comunitário de saúde. (Di6)

A melhor experiência foi na atenção primária, na estratégia saúde da família. A gente acompanha um médico de família e a equipe. A gente discute com o enfermeiro, com o técnico [...]. Essa foi a minha melhor experiência na verdade para conhecer as pessoas e para aprofundar a discussão dos DSS. (Di1)

4. A capacitação docente

Uma das perguntas norteadoras da entrevista fazia referência à capacitação do docente para conduzir as atividades nesse cenário de atenção primária. Foi unânime a percepção de que os cenários de aprendizado são diversos e que também há uma heterogeneidade na capacitação dos docentes. Houve relato de boas práticas, trazendo motivação e aprendizado, mas também os estudantes citaram exemplos de turmas que não tiveram a oportunidade de ter docentes com boa capacitação, deixando a desejar quanto ao aprofundamento dos temas (alguns discutiam textos, nos momentos de prática), outros faziam discussões superficiais mesmo nesse cenário complexo.

Eu tive sorte de passar com professores muito bons. Mas depender da sorte é uma coisa que não deveria se contar dentro de uma faculdade. (Di2)

Eu acho que não é, ainda, padronizado, mas tive a oportunidade de ter tido docentes muito bons, que estimulavam as discussões (Di1)

No primeiro ano eu fui no assentamento, mas fui para promover uma atividade de saúde. Era assim: vamos aferir a pressão e ver a glicemia. Mas a gente não teve nenhuma discussão social sobre aquele grupo que estava alia. [...] Senti falta disso. (Di1)

5. Importância da avaliação

Nem todos os estudantes fizeram a correlação entre a avaliação dos conteúdos de aprendizado e a avaliação do docente, que poderia refletir a avaliação do funcionamento da escola e seu currículo. Os estudantes trouxeram o enfoque no aprendizado do conteúdo e também como objeto de aprendizado para um futuro processo seletivo e também para atuação futura como profissional.

Hoje eu vejo assim que talvez seja necessário colocar isso mais em questões de avaliação de conteúdo. [...] Eu estou pensando mais nas provas de residência. [...] E quanto mais a gente faz, mais a gente vai percebendo. (Di6)

Se você conseguisse trabalhar isso em todos os anos em estudo mesmo, em conteúdo, eu acho que a gente aprenderia um pouco mais sobre isso. (Di2)

6. Percepção do aprendizado sobre os DSS ao longo do curso

Os estudantes trazem em suas falas dados sobre a falta de integração entre a proposta de formação em metodologia ativa e reforço em conteúdos biomédicos, bem como a falta de uma linearidade curricular.

O quarto ano fica uma lacuna, porque a gente perde esse eixo (IESC), e o foco vai para as questões biológicas e hospitalar. Tem uma atividade no centro de saúde, mas que não é com o médico de família e sim com o especialista. (Di1)

A atividade de saúde coletiva no quinto ano há uma imersão teórica, fica muito denso. A gente vê todo o conteúdo de epidemiologia em um ano. (Di1)

No quarto ano, não sei se eles já entendem que a gente já veio preparado, mas a gente não aborda isso. Parece estar subentendido, sabe... (Di2)

No quinto ano, na saúde coletiva, a gente passa a falar um pouco sobre os DSS, mas é 100% teórico, dentro de sala de aula. (Di4)

7. Temas diversos identificados

Alguns temas que chamaram a atenção frente às questões foram a desigualdade econômica percebidas em diferentes cenários, bem como a abordagem da violência ou de situações relacionadas à violência. Outra percepção trazida por um dos estudantes é a falta de correlação entre os dados acessados nas histórias clínicas e o debate sobre as questões sociais. Todas as percepções relatadas apontavam para uma correlação ainda insuficiente entre as vivências práticas e a teorização desses assuntos.

No terceiro ano, a gente conhecia os estudantes e percebia todas as vulnerabilidades que existiam naquela região, como violência sexual, drogas, violência doméstica. (Di1)

Às vezes a gente acaba levando uma carga de informações sobre os determinantes sociais daquele indivíduo, daquela família e até mesmo da comunidade e a gente não utiliza os dados. [...] Fica aquele constrangimento. [...] você pergunta a respeito da religião, do número de cômodos, transcreve, olha pra ele, mas ignora. (Di4)

No genograma, a gente vê conflitos familiares, presidiários, violência. [...] Faz parte dos questionamentos: porque eu estou aprofundando tanto se eu não estou fazendo nada com esses dados? (Di4)

Destaca-se nas entrevistas duas falas que mostram a necessidade de uma discussão qualificada nos cenários e o papel do docente na abordagem do tema dos DSS. Dois termos foram utilizados pelos estudantes: “safari” e “zoológico”:

Não tinha nenhuma discussão. [...] O que a gente faz aqui? Qual é de fato nossa missão? [...] fica parecendo que é um **safari**, assim, porque você vai, olha as impressões. E aí? (Di1)

Teve gente que não teve discussão. Teve gente que passou, só, sabe? Deu uma olhada como se fosse um **zoológico**, passou, observou tudo [...] O que vai ser feito com isso? (Di2)

Diante das percepções trazidas e da análise dos documentos oficiais vigentes na ESCS, segue-se para uma abordagem frente à literatura, buscando-se uma adequada compreensão e interpretação dos DSS.

4 DISCUSSÃO

O fortalecimento do vínculo entre as instituições de ensino superior e a sociedade passa pelo compromisso de considerar essa sociedade de forma responsável e buscar respostas aos problemas por ela demandadas. Uma possível forma de promover essa aproximação é por meio da abordagem dos DSS durante a formação médica. Qualificar o aprendizado sobre o tema dos DSS, normalmente presentes nas vivências curriculares da atenção primária, pode ser valioso por estimular o estudante para ampliar o olhar sobre o significado da saúde e de sua abordagem junto à comunidade. Valorizar o tema dos DSS durante toda a formação pode ser realizado nas escolas que já se utilizam de metodologias ativas por meio da inserção do conteúdo teórico no material instrucional, mas também investindo-se na capacitação docente, na promoção de seminários, de projetos de pesquisa ou de extensão. Desta forma, cria-se uma diversidade de oportunidades para que esse tema seja cada dia mais reforçado nas práticas, possibilitando momentos de reflexão durante a formação do estudante.

Teoricamente a ESCS, nascida dentro da metodologia ativa, que insere seus estudantes desde o início do curso no mundo do trabalho, junto à comunidade, possa representar um modelo de currículo interessante para estudo para compreender se ocorre, de fato, a esperada correlação teórico-prática proposta nas DCN.

Apesar das práticas curriculares mostrarem-se favoráveis ao almejado estímulo para a formação do médico com perfil crítico, reflexivo e comprometido socialmente, o currículo planejado deve passar pela avaliação de seus processos, pela avaliação da sociedade para que se identifique a correspondência entre o que foi planejado e as respostas às necessidades sociais alcançadas.

Por outro lado, depositar a responsabilidade de responder às múltiplas e complexas necessidades de saúde a um único profissional e esperar que um documento normativo como as DCN traga todas as soluções é desconsiderar as desigualdades e as iniquidades presentes na sociedade, buscando uma resposta puramente acadêmica sem levar em consideração o papel do estado responsável pela saúde pública (PAIM, 2014).

Esta dissertação buscou elementos em documentos oficiais da ESCS e do relato da percepção de docentes e discentes que pudessem explicitar como o tema dos DSS tem sido abordado nas atividades práticas preconizadas pelo currículo da instituição.

O conteúdo dos DSS, apesar de reconhecidamente importante, ainda tem sua inserção curricular nas diversas escolas de medicina esporádica ou opcional (atividades eletivas). Na

ESCS, o conteúdo se fez presente, porém não se mostrou reforçado formalmente ou claro na análise documental do projeto político-pedagógico. Tampouco se fez presente de forma central nos manuais do IESC, que é o eixo em que as atividades da atenção primária são desenvolvidas. Não há uma linearidade sobre como este conteúdo é abordado ou progride ao longo do currículo da escola, o que demonstra uma necessidade de aprofundamento teórico sobre o tema, a fim de oportunizar este aprendizado de forma mais sistematizada.

Um pôster apresentado no Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM) de 2017, com o título: “Integração biopsicossocial nos problemas dos módulos temáticos do curso de graduação em medicina no currículo PBL”, fez o levantamento sobre o material escrito dos módulos tutoriais da ESCS do ano de 2016. Um dos resultados, após análise de 224 problemas, distribuídos em 22 módulos ao longo dos 4 primeiros anos do curso, foi que os DSS foram integrados nos conteúdos de forma mais abrangente no terceiro e quarto ano. Viu-se, ainda, que há uma maior abordagem dos fatores individuais, segundo o modelo em camadas descrito por Dahlgren & Whitehead, presente em 85% dos problemas. Porém, os demais fatores (estilo de vida, redes sociais e comunitárias, condições de vida e trabalho, condições socioeconômicas, culturais e ambientais) não contemplam nem 40% do material analisado. Esse trabalho mostrou que ainda há uma abordagem pouco uniforme sobre o tema, priorizando-se os conteúdos relacionados aos fatores individuais dos DSS (BATISTA, 2017).

Frente à análise documental realizada, em conjunto com as percepções trazidas pelos estudantes e docentes, pode-se inferir que há espaço para que se introduzam com maior ênfase os temas relacionados aos DSS, tanto nas atividades práticas do IESC quanto nos conteúdos dos módulos tutoriais, de forma a aumentar a oportunidade para debates teóricos, melhorar a abordagem dos conceitos sobre os DSS, bem como oferecer melhor suporte para as atividades práticas. Essa proposta é pertinente, já que as DCN trazem em seu texto elementos favoráveis ao aprendizado em cenários complexos e de atenção primária (BRASIL, 2014).

Algumas experiências também descritas mostram modelos de aprendizado curricular sobre os DSS na atenção primária, em que o Projeto Família Saudável por meio de ações partindo-se do reconhecimento do território, inclusão e cadastro das famílias busca promover a educação em saúde, autocuidado, acesso à vacinação, pré-natal, educação ambiental e envolvimento da comunidade e de parcerias locais. Esse modelo traz a interprofissionalidade, a intersetorialidade e a responsabilidade social como propostas para melhorar as condições de saúde da população (DA SILVA, 2011).

A percepção dos docentes e discentes da ESCS trouxe alguns elementos que se assemelham aos trazidos em outras experiências internacionais, conforme preconizado pelo

Consenso Global de Responsabilidade Social das escolas médicas de 2010 (GCSA), mostrando que há uma necessidade de qualificar e aprofundar o debate sobre os DSS nos currículos médicos (BOELEN, 2016).

Foi reconhecida pelos estudantes e docentes a riqueza de elementos encontrados na complexidade da atenção primária, sendo esse cenário valorizado e adequado para construção de um eixo estruturante temático ao longo da graduação médica. O cenário traz não só a complexidade do indivíduo e da comunidade, como das condições de vida, relações familiares, relações do estado com a comunidade, relações entre os diversos profissionais. Os equipamentos sociais, bem como as entidades participantes das comunidades (igrejas, ONGs, associações) podem ter maior aproveitamento dentro da promoção de saúde, visto estarem diretamente ligadas às dinâmicas da comunidade e terem muitas vezes maior influência para orientar e promover a educação em saúde.

Tratar do tema dos DSS durante a graduação médica envolve complexidade de conhecimentos e de percepções, que podem ser promovidas por meio de sensibilização sobre diversidade cultural, discussão de temas como finitude e palição, imersão em discussão de temas sobre o histórico social das famílias, dentre outras propostas. Organizar o currículo de forma estratégica, seguindo-se passos que passam desde uma universalização do tema na instituição, por meio de sua integração no material formal, e estimular o processo reflexivo sobre as próprias vivências dos estudantes pode auxiliar no aperfeiçoamento curricular.

Conforme a proposta de Siegel (2017), os passos sugeridos para a inserção do tema dos DSS no currículo das escolas foram abordados segundo as percepções dos docentes e estudantes quando trazem sugestões para melhorar a abordagem sobre o tema na ESCS:

1. Sugeriu-se que haja uma maior integração do conteúdo nos diversos eixos e não apenas no IESC.
2. Sugeriu-se melhor aproveitamento das discussões sobre as histórias clínicas, nos cenários de habilidades nos quais a semiologia é o foco e os dados sociais (hábitos de vida, condições de moradia, trabalho e renda) são pouco utilizados para uma discussão mais aprofundada, e valorização da reflexão sobre os temas dos DSS abordados pelos estudantes.
3. Reconheceu-se que a metodologia já utilizada na ESCS é um ponto forte. Comparando-se com os dados da literatura, já se faz na ESCS as discussões em pequenos grupos, a escrita reflexiva, bem como a conversa com a comunidade sobre

os avanços propostos. Estas atividades são adotadas pela ESCS nos três anos do eixo IESC, descrito previamente.

4. Sobre o tema ligado à promoção de competências específicas em DSS, o levantamento realizado nos documentos oficiais da ESCS, representados pelo projeto político-pedagógico, pelos manuais do IESC dos três primeiros anos, além dos textos dos problemas dos módulos temáticos dos quatro primeiros anos segundo o trabalho apresentado no COBEM, traz algumas lacunas frente a abordagem ampla e profunda do tema dos DSS, que necessariamente requer maior atenção para ser alcançado.
5. Desenvolver ferramentas de avaliação para o crescimento. Os instrumentos de avaliação da escola não foram aqui tratados, porém, são uma necessidade fundamental para que todo o planejamento das atividades curriculares, suas propostas de mudança possam ser verificadas em sua adequação e monitoradas ao longo de atualizações, dando subsídio ao planejamento de novos conteúdos, capacitações, adequações de cenários, ajustes frente ao modelo assistencial vigente, dentre outras.
6. Programa robusto de desenvolvimento na faculdade. Com essa proposta de implementar os DSS promovendo a maior responsabilidade social do médico frente à sociedade, algumas escolas vêm publicando dados sobre suas experiências. Promover estudos sobre as experiências curriculares da ESCS também pode enriquecer o campo da pesquisa qualitativa sobre a instituição, auxiliando o planejamento em educação médica local e reforçando a possibilidade de reflexão e aprimoramento de suas práticas.

Não foi descrito nas entrevistas como ocorre a integração entre a ESCS e a comunidade de forma mais detalhada, também não se fez esse questionamento específico. Parece haver certa dependência da escola e da gestão central (Secretaria de Saúde) para se definir os cenários de ensino, já que existem outras instituições de ensino superior no DF e os cenários vêm sendo definidos conforme o contrato proposto pelo Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino e Saúde (COAPES), do Ministério da Saúde. Outro dado que não foi esclarecido foi a relação entre a ESCS e os servidores presentes nas unidades. Esse vínculo pode ser mais bem investigado, visto ser essencial para o desenvolvimento das atividades curriculares. Foi indicada por um dos entrevistados a necessidade de se “ocupar territórios” (Di1), no sentido de trazer a escola para um protagonismo e responsabilidade social reconhecida, incluindo a melhoria na comunicação institucional e melhor vínculo com a sociedade. Estas medidas promoveriam uma formação socialmente responsável além de

promover o conhecimento sobre o autocuidado e os direitos em saúde para as comunidades mais carentes.

Apesar de não haver a descrição formal de como foi inserido o tema dos DSS segundo a busca estabelecida na dissertação, os estudantes e os professores descreveram ganho de conhecimento a respeito do tema ao longo dos anos. Todos os entrevistados vislumbraram a possibilidade de qualificar a abordagem do tema, inclusive sugerindo uma abordagem de conteúdo no início do curso, quando esses já estão inseridos nos cenários de atenção primária.

A sugestão vem auxiliar o aprendizado dentro do modelo teórico-prático, tanto do conteúdo de saúde coletiva geral quanto dos DSS especificamente. O conteúdo de saúde coletiva hoje é alocado no currículo oficial no quinto ano do curso de medicina. Conforme sugestão dos estudantes e docentes, a abordagem deste conteúdo pode ocorrer de forma progressiva, crescente e diluída ao longo dos anos. Isso possibilitaria o aprendizado significativo esperado e tornaria esse conteúdo mais pertinente frente aos cenários de prática acessados desde o primeiro ano do curso.

O vínculo com a comunidade também é outro fator citado pelos entrevistados. Para estabelecer esse vínculo foi destacado o papel do docente, bem como o convívio de longo prazo com a comunidade em questão, conforme os dados apresentados na fala dos estudantes quando utilizam os termos: “safari” e “zoológico”, na página 53 da dissertação. Percebe-se primeiramente o distanciamento entre a realidade dos estudantes e a realidade da comunidade, que vivencia uma condição ou situação social diferente de sua realidade particular. As duas falas trouxeram uma reflexão amadurecida sobre o papel do professor para qualificar o debate sobre os DSS e a realidade da comunidade acessada. Utilizaram os termos com ressalvas, pois não concordavam em olhar as pessoas ali como objetos de uma exposição, com uma postura de submissão frente ao poder do médico. Questionaram aquela condição e, a partir desse questionamento, haveria elementos para se abordar a iniquidade e não aceitá-la como uma realidade posta. Ambas as entrevistas trouxeram a uma crítica à falta de aprofundamento sobre o tema dentro deste contexto de desigualdade por parte de alguns professores.

Este amadurecimento passa tanto pela teorização sobre os DSS identificados como pela criação de oportunidades pelo docente de reflexões sobre o tema. O estudante pode ser estimulado a desenvolver a empatia e criar soluções frente à experiência vivenciada. Esse modelo de teorização frente à realidade é o modelo de problematização utilizado no IESC ao longo dos três anos. Pode-se entender que há um ganho de aprendizado geral sobre o tema, porém ainda é destacada a valorização dos temas biomédicos e a heterogeneidade do preparo

dos docentes que conduzem as práticas na atenção primária, apesar de reforçarem que a maioria dos professores é bem preparada e se mostra motivada na condução das atividades.

Foi reconhecido tanto pelos docentes quanto pelos estudantes que o tema da violência necessita de uma abordagem mais enfática diante das situações de violência intrafamiliar presenciadas na atenção primária. Na literatura, o estudo do tema violência e a competência do estudante em abordá-lo ao longo do curso podem ser questionados diante dos desafios impostos por sua incapacidade de resolução plena, ou seja, “limitações frente à prevenção, detecção precoce, tratamento e acompanhamento dos familiares em situação de violência”.

A violência pode ser considerada um fenômeno sócio-histórico, que se mostra complexo e crescente, tendo sido destacado na literatura desde a década de 80. Ela encontra um ambiente favorável numa “sociedade com crescente desigualdade e com frágil afirmação de valores de cidadania e justiça” (MELLO, 2010, p. 104).

Considerando-se a estreita relação entre os eventos associados à violência e a desigualdade em saúde, a sua presença nos núcleos familiares ou mesmo nos locais acessados pelos estudantes, onde existem riscos conhecidos, como assaltos, destaca os fatores epidemiológicos e os dados concretos sobre mortalidade e sobre vulnerabilidades específicas de populações excluídas, como a dos jovens negros, das comunidades LGBTs, das crianças, dos idosos, dos deficientes físicos, dos portadores de patologias negligenciadas e das mulheres. A inclusão de conteúdo de ciências sociais, antropologia, psicologia, entre outras ciências pode qualificar a discussão sobre esses temas de forma efetiva. Essa proposta é defendida como relevante e de grande importância no campo da prevenção dos agravos, fugindo da concepção puramente biomédica (MELLO, 2010).

Em relação ao tema, também não se falou sobre a notificação desse agravo. Essa abordagem traria o foco para os equipamentos públicos e a legislação que cercam esse fenômeno, além da necessidade de uma rede de profissionais especializados e de assistência social. Acredita-se, porém, que não foi estimulado nas perguntas elaboradas na pesquisa um aprofundamento sobre o tema da violência, não podendo afirmar que não haja essa abordagem ao longo das atividades. Faz-se importante pensar que há um campo de conhecimento que pode ser explorado e que há um cenário favorável para aprofundar essas questões.

Sobre o aprendizado dos estudantes sobre os DSS, houve destaque quanto à aquisição de habilidades de comunicação estimuladas ao longo das atividades do IESC, referindo-se à facilidade de alguns estudantes bem como a necessidade de maior treinamento de outros. Essa heterogeneidade é perceptível nos cenários de pequenos grupos, o que favorece o

aperfeiçoamento das habilidades por meio de sensibilização, *feedback* e novas oportunidades de aprendizado.

Essa observação reforça o aprendizado de habilidades preconizado pelas DCN. Na seção de atenção à saúde, artigo 5º VII, temos: “a comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais (BRASIL, 2014p.2).”

Em relação às atitudes, foi relatada numa das entrevistas a mudança do estudante ao longo dos três primeiros anos, com ganho em relação à empatia frente a situações de vulnerabilidades. Associado ao relato, temos a participação em projetos de pesquisa, apresentação em seminário interno em forma de relato de experiência e problematização que dentro das DCN são exemplificadas na seção II, educação em saúde, II, III e VI:

II – aprender com autonomia e com a percepção das necessidades da educação continuada, a partir da mediação dos professores e profissionais do SUS, desde o primeiro ano do curso;

III – aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento [...];

VI – propiciar a estudantes, professores, profissionais de saúde a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, por meio da participação em programas de mobilidade acadêmica [...] (BRASIL, 2014 p.3).

Trazendo o conceito de competência adotado nas DCN, capítulo II, parágrafo único, as atividades nos cenários do IESC teriam condições de estimular o desenvolvimento de todas as competências citadas.

Em relação aos cenários, há uma diversidade evidente citada nas entrevistas, além dos tradicionais centros de saúde, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) mostra-se mais ampla. Os entrevistados citaram Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), a secretaria da criança, unidades para adolescentes infratores, residências, escolas, creches, assentamentos, fábricas, instituições de cuidados de pessoas portadoras do vírus HIV, pessoas em situação de rua, dentre outras.

Segundo a percepção dos professores entrevistados, não há necessidade de modificar os cenários já utilizados pelos estudantes nas atividades do IESC. Consideraram importante o aprofundamento teórico e a capacitação dos docentes e dos preceptores como uma forma de qualificar a discussão sobre o tema dos DSS. Foi destacada também a dificuldade em priorizar o tema dos DSS frente aos temas tradicionalmente contidos no projeto político-pedagógico, que ainda tem influência do modelo biomédico de formação.

Um dos entrevistados exemplificou atividades de campo no lixão, que é uma ocupação irregular, com péssimas condições de higiene e baixa qualidade de vida; a fábrica social, que, por meio de capacitação e trabalho, tenta reintegrar ou profissionalizar as pessoas da comunidade de baixa renda ou em situações diversas de vulnerabilidade social; os assentamentos do MST, com sua visão de coletividade e autonomia. Descreve-se na literatura o potencial aprendido dos estudantes quando se deparam com cenários impactantes como nas simulações propostas para aprendizado em situações de pobreza (AXELSON, 2017; MAGUIRE, 2017).

Dois professores entrevistados citaram a avaliação como fundamental para o aprendizado sobre os DSS. Propôs-se uma avaliação longitudinal e transversal, nos diversos eixos sendo estimulada a presença dos DSS, obrigatoriamente, na redação e nos objetivos dos problemas do tutorial, um reforço sobre o tema nas habilidades, durante as discussões relacionadas à redação das histórias clínicas. Esse fato pode ser confirmado por um trabalho recente, selecionado para ser apresentado no COBEM, que trouxe evidências sobre a falta da inserção dos temas de conteúdo biopsicossocial nos problemas dos módulos tutoriais da ESCS (BATISTA, 2017).

Diversas percepções trazidas reforçam a necessidade de maior integração entre o aprendizado teórico e as práticas curriculares com foco no tema dos DSS, com intuito de qualificar a formação médica frente às necessidades de saúde, para desenvolverem-se as competências curriculares esperadas para o profissional. A experiência descrita nesta dissertação exemplifica uma vivência de uma escola de medicina de Brasília e os dados enriquecem o campo das pesquisas qualitativas em educação e saúde. As propostas de mudança refletem a percepção de uma parte do grupo e, frente a algumas experiências curriculares trazidas pela literatura, se mostram atuais e condizentes com um propósito de melhor acolhimento e cuidado das pessoas na lógica do SUS e do conceito ampliado de saúde.

CONCLUSÃO

Esta dissertação fez uma descrição de como ocorre o aprendizado sobre os determinantes sociais de saúde numa escola de medicina que já se utiliza das metodologias ativas há 16 anos. Fez-se a análise documental e a análise de conteúdo de entrevistas com docentes e estudantes desta instituição. A análise documental trouxe dados ainda pouco estruturados quando se fez a busca do termo exato DSS. A temática social mostrou ser abordada ao longo do currículo de forma diversificada, porém sem aprofundamento conceitual do termo DSS no material analisado. Esse tema é abordado com maior ênfase no quinto ano do curso, em atividade teórica exclusiva, deixando-se de aproveitar as oportunidades existentes nos cenários desde o primeiro ano.

Os cenários de aprendizado prioritariamente definidos para a realização das atividades práticas é a atenção primária, descrita na literatura e também considerada, segundo a percepção dos estudantes e docentes, um cenário adequado e pertinente para o aprendizado sobre os DSS. Identificou-se inúmeras situações favoráveis e enriquecedoras capazes de oportunizar a teorização sobre os DSS, bem como a reflexão e aprendizado significativo pelos estudantes. Relatou-se, porém, algumas situações em que o tema fica em segundo plano, havendo uma priorização dos debates relacionados aos temas puramente biomédicos, sendo reconhecida a importância de ambos para a formação, porém ainda não se percebe um reforço nessa direção por parte da instituição e seus docentes, segundo a análise realizada e as limitações inerentes aos dados trazidos por meio de percepções.

Em relação aos relatos trazidos pelos docentes, houve um reconhecimento de todos sobre a importância da abordagem do tema dos DSS durante a formação. O cenário do IESC é capaz de promover a aproximação da instituição e da comunidade, o que favorece a formação do estudante dentro da realidade. A sua complexidade traz as famílias, suas dinâmicas, sua relação com o serviço de saúde, seus profissionais e o território em que residem. É um cenário repleto de conteúdos relacionados aos DSS. Essa aproximação traz ainda contato com outros temas, como a violência, desigualdade e iniquidades, que impactam diretamente sobre a saúde e que também podem ser mais bem discutidos nos cenários.

A formação do estudante interagindo com a comunidade e aprendendo sobre a dinâmica familiar mostra outros aspectos mais ricos sobre a saúde, saindo do foco exclusivamente da doença e cura. Essa percepção mostra-se capaz de estimular uma relação mais empática do estudante com as pessoas da comunidade e também com outros

profissionais envolvidos nesta rede de atenção e cuidados em saúde. O tema da violência intrafamiliar entra como uma necessidade de debate teórico prático e pode ser iniciado com enfoque preventivo, expandindo-se para o debate intersetorial, exigindo capacitação docente e integração entre a instituição, o estado e a noção de justiça social e direitos humanos, também possíveis de melhor contextualização ao longo do currículo.

Um dado relevante trazido tanto pelos docentes quanto pelos estudantes foi a necessidade de um maior investimento da escola em educação permanente, seleção e capacitação dos docentes responsáveis pelas atividades na atenção primária. Foi descrito que há uma heterogeneidade em relação aos docentes cuja formação não é na área de atenção primária, o que levou a uma percepção de deficiência no potencial de aprendizado. Essa deficiência foi exemplificada por debates com profundidade limitada, inerente à falta de experiência em atenção primária de alguns docentes e também à falta de motivação relacionada à condução das discussões, reflexões e *feedback* ao longo das atividades. Houve reconhecimento de que alguns grupos de estudantes tinham melhor orientação e aprofundamento sobre o tema com alguns professores específicos, que se mostravam mais preparados, comprometidos e dedicados às atividades da atenção primária. Houve uma sugestão favorável a que o professor tivesse formação em medicina de família e comunidade para conduzir as atividades do IESC.

Nesta pesquisa, houve uma limitação em relação a não inclusão da perspectiva da comunidade bem como de outros profissionais envolvidos. Esse fato pode sinalizar para novas linhas de pesquisa no futuro, já que é fato o papel essencial da construção conjunta do currículo para alcance de soluções mais pertinentes e estruturadas com foco nos determinantes sociais de saúde.

Espera-se que esta dissertação, por meio da análise dos documentos oficiais da ESCS e segundo a percepção dos estudantes e dos docentes, possa caracterizar melhor o andamento das atividades curriculares nos cenários de atenção primária, a fim de oportunizar o aprendizado sobre os determinantes sociais de saúde de forma contextualizada e aprofundada, auxiliando no desenvolvimento da competência de atenção à saúde não só para os egressos da ESCS, mas também num contexto de aprendizado interprofissional, com instituições e profissionais de saúde comprometidos com a busca pela justiça social e o combate às iniquidades, favorecendo o desenvolvimento da responsabilidade social da instituição.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. C. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 8, 2001.
- ALBUQUERQUE, A. Os direitos humanos na formação do profissional de medicina. **Revista Médica**, São Paulo, SP, v. 94, n. 3, p. 169-78, jul./set. 2015.
- ALHAQWI, A. I. et al. Determinants of effective clinical learning: a student and teacher perspective in Saudi Arabia. **Education for Health**, v. 23, n. 2, p. 369, 2010.
- ALVES, M. R. L et al. **Interação: ensino-serviço-comunidade I**. Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/Escola Superior de Ciências da Saúde, 2017.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Relevância e Aplicabilidade da Pesquisa em Educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 113, p. 39-50, jul. 2001.
- AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 29, n. 2, p. 136-46, 2005.
- ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. Estratégias de ensinagem. In: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 5. ed. Joenville, SC: Unville, 2003. Cap.3.
- ANDRADE, S. C. et al. Avaliação do Desenvolvimento de Atitudes Humanísticas na Graduação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 517-525, 2011.
- AXELSON, D. J.; STULL, M. J.; COATES, W. C. Social Determinants of Health: A Missing Link in Emergency Medicine Training. **AEM Education and Training**, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2009.
- BATISTA, S. T. Y. M. et al. (no prelo). Integração biopsicossocial nos problemas dos módulos temáticos do curso de graduação em medicina no currículo PBL. In: **Anais do 55º Congresso Brasileiro de Educação Médica**, ABEM, Joinville, SC, 2017.
- BAZZO, R. P. **Interdisciplinaridade no Ensino de Graduação na Área de Saúde: Percepção dos Estudantes**. 2012, 63 p. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 13 abr. 2012.
- BOELEN, C. et al. Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109. **Medical teacher**, v. 38, n. 11, p. 1078-1091, 2016.
- BRANDÃO, H. P. Aprendizagem e competências nas organizações: uma revisão crítica de pesquisas empíricas. **GESTÃO. Org-Revista Eletrônica de Gestão Organizacional-ISSN: 1679-1827**, v. 6, n. 3, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. 140p.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/superior/legisla_superior_parecer77697.pdf> Acesso em 20 dez. 2017.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**, 2014. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRITO, R. M. C. O professor, a aprendizagem significativa e a avaliação: base para o sucesso escolar do aluno. **Anais: ANPAE–2012**, v. 20. Disponível em: <<http://www.anpae.org.br/seminario/ANPAE2012>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BURSZTYN, I. Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a saúde coletiva? **Cadernos da ABEM: Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Medicina: avanços e desafios**, v. 11, p. 7-19, 2015.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, C. J. G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 611-4, set./out. 2004.

CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para Aproximar a Formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, maio/ago. 2001.

CAPRARA A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 676-689, 2017.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da Formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, v. 9, n. 2, p. 315-33, 2002.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (BRAZIL). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Editora Fiocruz, 2008.

COSTA, B. E. P. et al. Reflexões sobre a importância do currículo informal do estudante de medicina. **Educação em Ciências da Saúde**. Scientia Medica. Porto Alegre, v. 22, número 3, p. 162-168, 2012.

DA SILVA, V. L. M. Social Determinants of Health and the Health Family Project; possibilities and limits. **Vertices**, v. 13, n. 2, p. 61-78, 2011.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, out. 2013.

DE CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. **Tratado da saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 137-170, 2006.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/arquivos/projetopedagogico.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2014.

DOS REIS, F. J. C.; DA SILVA SOUZA, C.; BOLLELA, V. R. Princípios básicos de desenho curricular para cursos das profissões da saúde. **Medicina** (Ribeirão Preto. Online), v. 47, n. 3, p. 272-279, 2014.

FERNANDES, C. R. et al. Currículo Baseado em Competências na Residência Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 129-136, 2012.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUER, C. B. Formação do Profissional Médico: A Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 52-9, 2007.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 37-58, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997, 92 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, Atlas, 2002, 176 p.

GOMES, R. et al. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. **Interface. Comunicação Saúde Educação**, v.13, n. 28, p. 71-83, jan./mar. 2009.

GONZALEZ, V. V. **A trajetória da Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde**. 2014. Dissertação 2014.

GRANJA, G. F. et al. Equidade no Sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 72-86, jan./mar. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. 2015.

JUNIOR, L. S. M. S. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, p. 15-16, 2004.

KRUSCHEWSKY, J. E. Experiências pedagógicas de educação popular em saúde: a pedagogia tradicional versus a problematizadora. **Saúde.com**, v. 4, n. 2, 2016.

KUSSAKAWA, D. H. B.; ANTONIO, C. A. Os eixos estruturantes das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Medicina no Brasil. **Revista Docência do Ensino Superior**, v. 7, n. 1, 2017.

LAFUENTE, J. V. et al. El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. **Educación médica**, v. 10, n. 2, p. 86-92, 2007.

MACHADO, M. M. B. C.; BATISTA, S. H. S. S. Interdisciplinaridade na construção dos conteúdos curriculares do curso médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 456-62, 2012.

MAGUIRE, M. S. et al. Using a Poverty Simulation in Graduate Medical Education as a Mechanism to Introduce Social Determinants of Health and Cultural Competency. **Journal of graduate medical education**, v. 9, n. 3, p. 386-387, 2017.

MARIN, M. J. S. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 13 – 20, 2010.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, v. 365, n. 9464, p. 1099-1104, 2005.

_____. et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. **The lancet**, v. 372, n. 9650, p. 1661-1669, 2008.

_____. et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. **The Lancet**, v. 380, n. 9846, p. 1011-1029, 2012.

MARMOT, M. et al. Action on social determinants of health in the Americas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 34, n. 6, p. 382-384, 2013.

MASSOTE, A. W.; BELISÁRIO, A. S.; GONTIJO, E. D. Atenção Primária como Cenário de Prática na Percepção de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 445-53, 2011.

MAZZOTTI, A. J. A. Relevância e Aplicabilidade da Pesquisa em Educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 113, p. 35-50, jul. 2001.

MELLO, D. R. B. **Violência e a inclusão deste tema nos currículos médicos: breves reflexões**, v. 4, n. 16, 2010. Disponível em: <www.perspectivasonline.com.br>. Acesso em: 02 jan. 2018.

MINAYO, M. C. S. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 83-91, 2009. Suplemento 1.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, 468 p.

_____. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, 2017.

_____.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set, 1993.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOURÃO, L. C. et al. Análise institucional e educação: reforma curricular nas universidades pública e privada. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 98, p. 181-210, jan./abr. 2007.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. A framework for educating health professionals to address the social determinants of health. **The National Academies Press**. Washington, DC. 2016.

NOGUEIRA, R. P. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. **Coleção Pensar em Saúde**, Rio de Janeiro, CEBES, 200 p. 2010.

OLIVEIRA, T. M. V. de. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. **Administração on-line**, v. 2, n. 3, p. 1-16, 2001.

OLIVEIRA, Z. M. F. Currículo: um instrumento educacional, social e cultural. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 8, n. 24, p. 535-548, maio/ago. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. 2010.

PAGE-REEVES, J. et al. Addressing social determinants of health in a clinic setting: the WellRx pilot in Albuquerque, New Mexico. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 29, n. 3, p. 414-418, 2016.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n.4, p. 492-499, 2008.

PAIM, J. S. Indicadores de saúde no Brasil: relações com variáveis econômicas e sociais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 2, n. 2, p. 39, 2014.

PARANHOS, V. D.; MENDES, M. M. R. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. Jan./fev. 2010; 18(1): [07 telas]. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 23 mar. 2015.

PEREIRA-NETO, A. F. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. **Cadernos de saúde pública**, v. 11, n. 4, p. 600-615, 1995.

PERIM, G. L. et. al. A avaliação institucional no curso de Medicina da Universidade de Londrina: uma experiência inovadora. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 217-229, 2008.

QUEVEDO, A. L. A. de. et al. Determinantes e condicionantes sociais: formas de utilização nos planos nacional e estaduais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 823-842, 2017.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para Saúde**. Brasília: Ed. MS, 2009, 144 p.

RIBEIRO, K. G. **Os determinantes sociais da saúde no grande Bom Jardim-Fortaleza (CE)**. 2015. 360p. Tese de Doutorado.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o saber médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008.

RITZ, S. A. et al. Accounting for social accountability: Developing critiques of social accountability within medical education. **Education for Health**, v. 27, n. 2, p. 152, 2014.

ROURKE, J. Social accountability in theory and practice. **The Annals of Family Medicine**, v. 4, n. suppl 1, p. S45-S48, 2006.

SANTOS, W. S. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos catarinenses de medicina**, p. 65-74, 2003.

SIEGEL, J.; COLEMAN, D. L.; JAMES, T. Integrating Social Determinants of Health Into Graduate Medical Education: A Call for Action. **Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges**, 2017.

SILVA, A. B. S. et al. **Interação: ensino-serviço-comunidade III**. Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/Escola Superior de Ciências da Saúde, 2017.

SILVA, L. M. V.; ALMEIDA FILHO, N. M. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, Sup 2: S217-226, 2009.

SILVA, M. N. A. et al. **Interação: ensino-serviço-comunidade II**. Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/Escola Superior de Ciências da Saúde, 2017.

SILVA, R. H. A; TEIXEIRA, L. S. A importância da avaliação qualitativa na verificação de mudanças curriculares em cursos da área da saúde. **Anais IV SIPEQ 2010**. Anais IV SIPEQ – ISBN - 978-85-98623-04-7.

SILVA, V. O.; SANTANA, P. M. M. A. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. **Interface** (Botucatu. Online), v. 00, p. 00-00, 2014.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et. al. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à (s) lógica (s) do capitalismo tardio? **Ciência e Saúde coletiva**, v. 18, n. 1, p. 159-170, 2013.

SOUZA, E. R. de. et al. O tema violência intrafamiliar em currículos de graduação em enfermagem e medicina. **Rev. enferm. UERJ**, p. 13-19, 2008.

STOCK, F. S. **Percepção de estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina sobre o ensino-aprendizagem da relação médico paciente antes e depois da reforma curricular**. 2009. 58 p. Tese de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

STRASSER, R. P. et al. Canada's new medical school: the Northern Ontario School of Medicine: social accountability through distributed community engaged learning. **Academic Medicine**, v. 84, n. 10, p. 1459-1464, 2009.

TAQUETTE, S. R.; DE SOUZA MINAYO, M. C.; DE OLIVEIRA RODRIGUES, A. Percepção de pesquisadores médicos sobre metodologias qualitativas. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 1-11, 2015.

TRONCON, L. E. A. Estruturação de sistemas para avaliação programática do estudante de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 1, p. 30-42, 2016.

VERNASQUE, J. R. da. S. **Determinantes sociais da saúde: os olhares dos profissionais da atenção básica do município de Marília-SP**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

WESTERHAUS, M. et al. The necessity of social medicine in medical education. **Academic Medicine**, v. 90, n. 5, p. 565-568, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Constituição da Organização Mundial de Saúde. **OMS/WHO**, 1948. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em: 10 jan. 2018.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 3, p. 26-34, 2007.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Docentes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada **Percepção de docentes e de estudantes sobre a presença dos determinantes sociais de saúde no currículo de uma escola de medicina**, conduzida por Cinthya *Gonçalves*. Este estudo tem por objetivo analisar como se processa o aprendizado sobre o tema determinantes sociais de saúde, segundo a percepção dos estudantes e dos docentes do curso de medicina nos cenários do eixo IESC da ESCS.

Você foi selecionado (a) por ser docente da ESCS no Curso de Medicina. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Há riscos e desconfortos envolvidos na sua participação no estudo, tais como a possibilidade de constrangimento ao responder às perguntas da entrevista e cansaço. A participação não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes.

Sua participação nesta pesquisa, enquanto *docente*, se dará por meio de entrevista semiestruturada a ser realizada individualmente na sala dos professores da ESCS em dia e horário a ser acordado com cada docente. A entrevista terá duração de aproximadamente 30 a 40 minutos e será gravada, mas sem que haja identificação do relato pessoal, sendo a utilização dos dados mantida de forma anônima. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão abordados em conjunto, sem identificação nominal do entrevistado, minimizando sua exposição e de suas respostas.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação nominal dos indivíduos participantes. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, em que você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Cinthya Gonçalves, Médica, Mestranda da UERJ, SMPW Quadra 13 conjunto 2 lote 4 casa C, CEP: 71741-302, cinthyahen@bol.com.br, (61) 92385316.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e que concordo em participar.

Brasília, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Discentes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada **Percepção de docentes e de estudantes sobre a presença dos determinantes sociais de saúde no currículo de uma escola de medicina**, conduzida por Cinthya *Gonçalves*. Este estudo tem por objetivo analisar como se processa o aprendizado sobre o tema determinantes sociais de saúde, segundo a percepção dos estudantes e dos docentes do curso de medicina nos cenários do eixo Interação Ensino Serviço e Comunidade (IESC) da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Você foi selecionado (a) por ser discente da ESCS do Curso de Medicina. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação nesta pesquisa como *discente* se dará por meio de dinâmica de grupo focal, sendo realizado gravação de voz de todo o processo, além de anotações por parte do pesquisador durante a dinâmica. Haverá um moderador que irá realizar as perguntas e tentará dar oportunidade para todos os membros do grupo participarem.

Os dados obtidos e gravados durante esta atividade em grupo focal serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. A única identificação que será feita refere-se ao fato dos estudantes incluídos na pesquisa pertencerem ao quarto ou ao sexto ano do curso de medicina da ESCS. Há riscos e desconfortos envolvidos na sua participação no estudo, tais como possíveis constrangimentos ao responder as questões diante de outros estudantes do quarto e do sexto ano do curso. Isso pode levar a estresse, quebra de sigilo, dano ou cansaço ao responder às perguntas. A participação não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes. A atividade do grupo focal terá duração aproximada de 60 a 90 minutos. O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação individual nominal dos indivíduos participantes. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, em que você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Cinthya Gonçalves, Médica, Mestranda da UERJ, SMPW Quadra 13 conjunto 2 lote 4 casa C, CEP: 71741-302, cinthyahen@bol.com.br, (61) 92385316.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e que concordo em participar.

Brasília, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada realizada com os docentes

Perguntas norteadoras da entrevista semiestruturada realizada com os docentes

1. Ao longo da formação do estudante desta escola você percebe um ganho de conhecimento e reflexão acerca dos DSS na prática médica?
2. Considera que haja fragilidades na abordagem de algum tema específico relacionado aos determinantes sociais de saúde? Exemplifique sua resposta.
3. Você sugere outras atividades, estratégias ou outros cenários para auxiliar a abordagem sobre o tema dos determinantes sociais na formação do estudante da ESCS?

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semiestruturada realizada com os estudantes**Perguntas norteadoras da entrevista semiestruturada realizada com os estudantes**

1. O que você entende por DSS?
2. Considera que o tema dos DSS é relevante para a formação médica?
3. Durante o curso de medicina como foi abordado o tema sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) nas atividades práticas e teóricas?
4. Durante as atividades práticas do IESC houve oportunidades para discussão específica sobre o tema dos DSS?
5. Considera os cenários de prática do IESC adequados para contextualização do tema dos DSS?
6. Considera os docentes do IESC são capacitados para aprofundar o debate teórico sobre os DSS?
7. Sugere alguma estratégia para melhorar a abordagem do tema dos DSS durante o curso de medicina?