



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Rodrigo Pinheiro Silveira

**Itinerários formativos do Internato Rural na Amazônia: experiências nas
fronteiras de mundo, saberes e práticas e responsabilidade**

Rio de Janeiro

2014

Rodrigo Pinheiro Silveira

Itinerários formativos do Internato Rural na Amazônia: experiências nas fronteiras de mundo, saberes e práticas e responsabilidade

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDESIRIUS/BIBLIOTECA CB-C

S587 Silveira, Rodrigo Pinheiro.
Itinerários formativos do Internato Rural na Amazônia:
experiências nas fronteiras de Mundo, Saberes e Práticas e
Responsabilidade / Rodrigo Pinheiro Silveira. – 2014
296 f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.
Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Medicina- Estudo e ensino – Teses. 2. Amazônia. 3.
Internatos – Currículo – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade
do Estado do Rio de Janeiro. III. Título

CDU 37:61(811)

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

Assinatura

Data

Rodrigo Pinheiro Silveira

**Itinerários formativos do Internato Rural na Amazônia: experiências nas fronteiras de
Mundo, Saberes e Práticas e Responsabilidade**

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração:
Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Defesa em 20 de fevereiro de 2014.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. André Mendonça
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Bethânia Assy
Faculdade de Direito – UERJ

Prof.^a Dra. Lilia Blima Schraiber
Faculdade de Medicina – USP

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior
Instituto de Saúde da Comunidade - UFF

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

A meus antepassados das famílias Pinheiro e Silveira, responsáveis pela tradição aprendida e herdada... Em especial a Sônia Maria Pinheiro Silveira, que com sua força vital me foi um exemplo de valores condizentes com o cuidado com as pessoas e com o mundo. Desde pequeno via livros de Hannah Arendt na estante e não tinha idéia que um encontro auspicioso com seu pensamento viria a acontecer no futuro.... Também em especial a Antônio Maria da Silveira (*in memoriam*), que foi um exemplo da necessidade e da importância de pensar... Sua contribuição foi inestimável para essa trajetória de pós-graduação...

A meu futuro, razão que vejo de estarmos no mundo, queridos filhos Ian e Tom... Em nossa especial relação, procuro ser digno do que meus pais foram para mim, agindo como mediador de uma tradição com a qual aprendi a ter responsabilidade...

A minha amada Juliana, com sentimento de amor, amizade, companheirismo e apoio mútuo em nossa jornada acadêmica e de vida...

AGRADECIMENTOS

Aos Estudantes e Professores da UEA e UEPA que me receberam maravilhosamente bem em todos os momentos do trabalho de campo, nos municípios e nas universidades. Muito grato!

A Sonia Maria Pinheiro Silveira pela herança de artista e a Antônio Maria da Silveira pela herança de professor. Aos dois pelo carinho com que participaram da minha vida e pelos pensamentos de vanguarda em tempos duros e outros de transição. Obrigado de todo o meu coração..

A Juliana, Ian e Tom, amores de minha vida, pela confiança e compreensão nos momentos de ausência e introspecção durante esse trabalho, e por me fazer feliz a cada dia como pessoa.

A Antônio Henrique e Fabrício, irmãos queridos, pelo companheirismo e apoio incondicional em todos os momentos da vida, o que torna nossos encontros sempre grandes ocasiões.

A Roseni Pinheiro, minha orientadora, pela generosidade com que condiziu o processo de orientação, pela disposição a todos os momentos e pelo apoio que deu a mim e a toda a equipe que hoje compõe a Incubadora da Integralidade no Acre. Muito Obrigado!!!

Aos membros da banca examinadora da qualificação e da defesa pelas importantes sugestões e pela disposição em participar desse importante momento.. Obrigado aos professores César Favoreto, Bethânia Assy, Kenneth Camargo, Aluísio Silva Jr., Lilia Scraiber e André Mondonça.

Aos professores e funcionários do IMS, pelo acolhimento e pela sabedoria que emanaram em todos os contatos, aulas e eventos acadêmicos. Agradeço especialmente a Simone e Sílvia pela ajuda que sempre me deram. E também aos professores Alba Zaluar, Adriana Aguiar, Célia Pieratoni, Rubem Mattos, Rosângela Caetano, Luis Antônio Santos e Sulamis Daim. Agradeço também aos professores do Instituto de Saúde da Comunidade Lilian Koifman, Gilson Saippa e Tulio Franco, pela participação em disciplinas realizadas na UFF.

Agradecimento especial às pessoas que me acolheram e mostraram caminhos durante o trabalho de campo nessa pesquisa: Ricardo Amaral, Nicolas Estebán, Nilson Ando, Márcia, Rosângela, Fabio Tozzi, Frederico Neves e Ilmara Mudy. Aos funcionários da UEA e da UEPA por ter ajudado a percorrer os caminhos auspiciosos da campo de pesquisa, em especial a Thiago da UEA e Marcela da UEPA.

Aos membros do Lappis que conviveram comigo nesses anos, em especial a Wanda, Elias, Valéria, Julio, Letícia, Bruno, Francine e Felipe. Às colegas de pós-graduação pela convivência nos dois anos no Rio de Janeiro. Em especial a Ana Auler, Carinne, Tatiana, Flavia e Ana. Também a Eufrásia, Dani, Ana Flavia e Douglas e aos outros membros do Lappis - Acre.

Agradeço especialmente aos amigos Marcia Aurélia, Osvaldo Leal e Thor Dantas que me apoiaram de maneira incondicional para que pudesse realizar e concluir essa tese. Obrigado!

Não só um agradecimento, mas também um pedido de desculpas aos pacientes que acompanho, aos alunos e professores do curso de medicina da UFAC, e aos companheiros e companheiras de trabalho do Centro de Formação Tucumã pela ausência nos dois anos em que estava no Rio de Janeiro cursando as disciplinas.

Passou o encontro das águas, tudo é modernidade...

Prof. Mena Barreto

A experiência capacita!

Lia Silveira

Insistiria com vocês... para que prestem mais atenção ao doente do que às características especiais da doença... Lidando, como fazemos, com a pobre e sofredora humanidade, vemos o homem sem máscaras, exposto em toda a sua fragilidade e fraqueza, e vocês devem manter o coração aberto e maleável para que não menosprezem essas criaturas, seus semelhantes. A melhor maneira é manter um espelho em seu coração, e quanto mais observarem suas próprias fraquezas, mais cuidadosos serão com seus semelhantes.

Sir Willian Osler

RESUMO

SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro. *Itinerários formativos do Internato Rural na Amazônia: experiências nas fronteiras de mundo, saberes e práticas e responsabilidade*. 2014. 296f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

O objetivo da pesquisa foi explorar os elementos constitutivos dos itinerários formativos desenvolvidos nas experiências de Internato Rural na Amazônia, a partir do contato com a realidade e a cultura locais, observando possíveis contribuições para o aprendizado de valores ético-políticos condizentes com a noção de responsabilidade. Trata-se de pesquisa qualitativa com pressupostos fenomenológicos e análise baseada nas narrativas dos sujeitos entrevistados, basicamente estudantes que passaram recentemente pela experiência de Internato Rural e professores envolvidos com o programa. Por suas peculiaridades, foram escolhidas as experiências da Universidade do Estado do Amazonas e da Universidade Estadual do Pará – *campus* Santarém. Foram também realizados grupos focais com estudantes e observação direta e participante da ação dos estudantes em alguns municípios selecionados. Foram definidas três categorias em que as narrativas se concentraram: Mundo; Saberes e Práticas; e Responsabilidade. Estas foram analisadas na perspectiva das mudanças de paradigma pertinentes a cada uma delas, sendo por isso designadas como *fronteiras*. Ao iniciar o Internato Rural, os estudantes se sentem em outro mundo, numa realidade que não conheciam, mas que encaram e se deixam surpreender. Essa sensibilização parece criar um sentimento de pertença à região, numa possível reconciliação com o mundo, em manifestações narrativas que evocam o sentimento arendtiano de *amor mundi*. A partir desse processo de valoração, as reflexões se voltaram inclusive para a possibilidade de viver essa situação como médico, numa possível ida para o interior. E também na reafirmação da esperança que a ideia arendtiana de renovação do mundo nos traz, com o advento da natalidade e com a apresentação do mundo aos novos através da educação. Durante o estágio, os estudantes entram em contato com os saberes e práticas tradicionais da floresta. Nesse encontro percebem a importância das parteiras e dos pegadores, assim como da utilização de plantas medicinais e outras práticas próprias do local. Esse encontro foi visto, na maioria das vezes, de maneira positiva, ressaltando-se o respeito e a abertura para o aprendizado que devem estar presentes nas relações, numa tendência mais conciliadora no diálogo entre a biomedicina e a medicina tradicional. As narrativas sobre esse encontro puderam ser interpretadas como expressão da pluralidade humana, sendo inclusive estimuladas por alguns estudantes. Ao final do Internato Rural, os estudantes o consideram mais que um estágio acadêmico, uma experiência de vida. Reconhecem a importância de se tornarem mais humildes, de aprender a escutar melhor, de ter mais flexibilidade e paciência. Essas são virtudes que parecem ganhar sentido para a medicina no cenário do interior. Houve a construção de um juízo sobre a prática médica, baseado tanto na percepção do significado da presença deles ali para aquela população, quanto nos bons e maus exemplos com que tiveram oportunidade de conviver. Dessa forma emergiu a responsabilidade pessoal, na escolha de “com que outro queremos conviver” em pensamento. Por pertencerem ao coletivo da universidade pública, ressaltam a importância e a responsabilidade de atuarem no interior, podendo desenvolver um compromisso especial com essa população num senso de responsabilidade coletiva.

Palavras-chave: Educação Médica. Amazônia. Internato Rural.

ABSTRACT

SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro. *Formation processes of Rural Internship in the Amazon: experiences on boundaries of world, knowledge and practices and responsibility*. 2014. 296f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

This study aimed to explore the constitutive elements of the training routes developed in rural internship experiences in the Amazon, from the contact with reality and local culture, noting possible contributions to the learning of ethical and political values consistent with the notion of responsibility. This is a qualitative study with phenomenological assumptions and analysis based on the narratives of interviewees, primarily students who recently had the experience of rural internship and teachers involved with the program. For their peculiarities, the experiments were chosen from the State University of Amazonas and Pará State University - Campus Santarém. Were also conducted focus groups with students and direct and participant observation of the action of students in selected municipalities. We defined three categories in which the narratives were concentrated: World; Knowledge and Practices; and Responsibility. These were analyzed in terms of paradigm changes relevant to each, and were therefore designated as *boundaries*. When starting the rural internship, students feel in another world, a reality that did not know, but they face it and are amazed. This awareness seems to create a sense of belonging to the region, a possible reconciliation with the world, in narrative expressions that evoke the sense of Arendt's *amor mundi*. From this assessment process, reflections turned to the possibility of living this situation as a doctor, a possible way to the countryside. And also the reaffirmation of hope that Arendt's idea of world renewal brings us, with the advent of birth and the presentation of the new world through education. During the internship, students come into contact with the traditional knowledge and practices of the forest. At this meeting they realize the importance of midwives and *catchers*, as well as the use of medicinal plants and other local practices. This meeting was seen most often in a positive manner, emphasizing respect and openness to learning that must be present in relationships, in a more conciliatory tendency in the dialogue between biomedicine and traditional medicine. The narratives about the meeting could be interpreted as an expression of human plurality, and are also stimulated by some students. At the end of the rural internship, students consider it more than an academic probation, a lifetime experience. They recognize the importance of becoming more humble, to learn to listen better, to have more flexibility and patience. These are virtues that seem to have meaning for medicine in the countryside setting. We built a judgment about medical practice, based both on perception of the meaning of their presence there for that population, as in the good and bad examples with which they could socialize. Thus emerged the personal responsibility, in choosing "with whom we want to live" in thought. Because they belong to the collective public university, they highlight the importance and responsibility to act in the countryside, and may develop a special commitment to this population in a sense of collective responsibility.

Key words: Medical Education. The Amazon. Rural Internship.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	BASE EPISTEMOLÓGICA E CONSTRUÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO	39
1.1	O mundo da Amazônia e a relação com a saúde e com a educação médica.	39
1.1.1	<u>Amazônia Legal: do paraíso perdido à última fronteira de desenvolvimento</u>	40
1.1.2	<u>Os desafios do SUS na Amazônia Legal</u>	44
1.1.3	<u>O diálogo entre culturas médicas na Amazônia</u>	48
1.2	Itinerários formativos e crise na educação médica	58
1.2.1	<u>Que médico estamos formando? Da crise à ação política para a transformação da educação médica no Brasil</u>	59
1.2.2	<u>Educação em Hannah Arendt e sua contribuição para pensar a educação médica</u>	73
1.2.3	<u>As tendências pedagógicas e sua influência nas experiências inovadoras de educação médica no Brasil</u>	80
1.2.4	<u>Responsabilidade e juízo crítico como categorias centrais da aprendizagem de valores e atitudes</u>	91
1.3	O Internato Rural no contexto das transformações no ensino médico	99
1.3.1	<u>A definição de rural no Brasil e as repercussões para as políticas públicas</u>	102
1.3.2	<u>História e contexto atual do Internato Rural na Amazônia</u>	109
1.3.3	<u>O acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais e urbanas e a problemática da má distribuição dos médicos no país</u>	132
1.3.4	<u>Evidências do papel das universidades no recrutamento e fixação dos profissionais em áreas rurais</u>	142
2	AS EXPERIÊNCIAS DE INTERNATO RURAL NA AMAZÔNIA E AS TRÊS FRONTEIRAS – MUNDO, SABERES E PRÁTICAS E RESPONSABILIDADE	148
2.1	O mundo como fronteira	150
2.1.1	<u>Encarando e procurando entender o mundo: “O mundo é bem maior do que a gente imagina”</u>	150
2.1.2	<u>Entendendo o mundo das pessoas para agir de maneira responsável: “vou encontrar diferentes mundos na medicina”</u>	162
2.1.3	<u>Amor mundi na prática médica na Amazônia: cultivando o sentimento de pertença sobre a região</u>	171
2.1.4	<u>Renovando o mundo: a esperança no novo a partir do Internato Rural</u>	182
2.2	Os saberes e práticas como fronteira	193
2.2.1	<u>“A última peça do quebra-cabeça”: a manifestação da integralidade nos saberes e práticas locais</u>	193

2.2.2	<u>Diálogo entre culturas: os saberes e práticas no espaço público da Amazônia ...</u>	206
2.2.3	<u>Reconhecendo e reafirmando a pluralidade de culturas no Internato Rural</u>	225
2.3	A responsabilidade como fronteira	231
2.3.1	<u>A experiência e a responsabilidade</u>	232
2.3.2	<u>A construção da responsabilidade: o aprendizado de atitudes e valores</u>	238
2.3.3	<u>A responsabilidade pessoal e coletiva na prática médica</u>	248
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	266
	REFERÊNCIAS	272
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	288
	ANEXO B – Roteiro de Estudantes	289
	ANEXO C – Roteiro Professores / Preceptores	292
	ANEXO D – Parecer consubstanciado CEP-UFAC	294

INTRODUÇÃO

Considerando o contexto de expansão da educação médica no Brasil, com a abertura de um número expressivo de escolas médicas na Região Norte, e a perspectiva atual de interiorização da medicina, algumas questões nos motivaram a desenvolver este projeto de pesquisa e a escrever esta tese de doutorado. São estas: que aspectos devem se fazer presentes especificamente nos itinerários formativos das escolas médicas da Amazônia Legal? Como trabalhar o reconhecimento da diversidade cultural como alicerce da formação médica para a Amazônia? Como a realidade da Amazônia afeta o estudante de graduação na formação dos valores ético-políticos que possam influenciar sua atuação como médico? Essas questões nos direcionaram a ter como foco de pesquisa as experiências de Internato Rural na Amazônia, como ação curricular que pode congrega os aspectos colocados e revelar importantes respostas para as especificidades da educação médica na região.

As inquietações acima não estão colocadas aqui por acaso. Elas são resultado de uma trajetória de vida e um itinerário formativo cujos percursos foram vivenciados a partir de uma postura crítica frente à sociedade e mais especificamente sobre a medicina, área que escolhemos para desenvolver nossa ação no mundo. Pensamos ser importante iniciar este trabalho contextualizando a posição do pesquisador a partir de uma breve descrição desse itinerário.

Nascido nos anos de chumbo da ditadura militar, fui criado por pais que tinham pensamento progressista e de vanguarda, exercendo a sua maneira a resistência ao regime atuando na micropolítica. Com o pai professor universitário e mãe artista plástica, cresci em meio aos debates pela redemocratização do país, sendo certamente influenciado pelas ideologias que sustentaram esse movimento, desde a esfera privada do lar. Estudei toda minha vida em uma escola religiosa do Rio de Janeiro, que seguia a tendência progressista da Igreja católica. Sendo assim, seus métodos podiam ser considerados de vanguarda no meio da educação, desenvolvidos a partir de ideais libertários, com ênfase no encontro entre as pessoas. Considero essas as raízes dessa postura crítica que, bem mais tarde, encontraria ressonância nos estudos sobre a filosofia de Hannah Arendt, que constitui o eixo central desta

tese, e que tem na capacidade de pensar e no juízo crítico a base para a ação política no mundo.

Minha formação em Medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro foi marcada pelo reconhecimento e questionamento de aspectos presentes em meu itinerário formativo, como a especialização precoce, a irracionalidade dos desenhos curriculares (na época se falava em currículo mínimo) e, sobretudo no descolamento da formação médica das necessidades da população, o que me levou logo nos primeiros anos da graduação ao engajamento no movimento estudantil de Medicina.

Com essa atuação, tive a oportunidade de participar da construção de novas disciplinas no contexto da Atenção Primária e dos fóruns da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), no início do contexto atual de transformação do ensino médico que ocorreu nas últimas duas décadas. Foi nessa ocasião que houve a participação, ainda como estudante, no projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que contribuiu de maneira significativa para a construção das novas diretrizes curriculares nacionais (DCN) para os cursos de Medicina.

Essa vivência, que considero crítico-propositiva, me levou às escolhas da Atenção Primária como *locus* de atuação, da Medicina de Família e Comunidade como especialidade, tendo cursado a residência médica no Hospital Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e participado ativamente do movimento de reorganização e crescimento dessa especialidade no Brasil, que ocorreu após a implantação e expansão do Programa de Saúde da Família (PSF).

Após o término da residência, a ideia era me engajar em uma equipe de Saúde da Família do interior do Brasil. O espírito aventureiro e a consciência das necessidades de profissionais acabaram por nos levar, eu e minha esposa Juliana, para a Amazônia. E mais precisamente para o Estado do Acre, local que escolhemos de maneira permanente como opção de vida e de trabalho. Hoje temos uma vida consolidada localmente e nossos dois filhos – Ian e Tom – são nascidos e estão sendo criados no Acre. Sim, mas por que o Acre?

O Acre é um estado que possui mais de 90% de floresta amazônica em seu território. Tem sua história marcada por lutas e hoje é exemplo de defesa do meio ambiente e da Amazônia. Na última década, com a sucessão de governos progressistas, passou de estado que expandia a produção agropecuária com desmatamento da floresta para uma perspectiva baseada no desenvolvimento sustentável e no conceito de *florestania*, termo que simboliza a pertença de um povo a seu local e a defesa deste enquanto parte integrante desse meio.

Inicialmente, a Saúde Indígena foi a minha área de atuação, com a participação como médico na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Alto Purus e do Alto Juruá. Essa experiência me proporcionou um intenso contato com a área rural da Amazônia e o reconhecimento da sua diversidade cultural e das especificidades da atenção à saúde aos povos que vivem na floresta.

Sendo um dos únicos médicos com formação em Medicina de Família do estado e a partir de minha atuação na Saúde Indígena, fui convidado em 2001 para a construção do Programa de Residência na Secretaria Estadual de Saúde e para a construção dos alicerces do Curso de Medicina da UFAC. Nessa época (início dos anos 2000), o governo do Acre vislumbrou a importância estratégica de investir na formação de profissionais como forma de melhorar a atenção à saúde no Estado. Foram então criados os Programas de Residência Médica e feitas as parcerias com a Universidade de Brasília e a Universidade Federal da Bahia para realização de mestrados interinstitucionais. A partir da organização dos serviços e a formação de professores, foram construídas as bases para a implantação do curso de Medicina da Universidade Federal do Acre, concretizada em 2002 já à luz das novas DCNs.

A participação em todas as fases desse processo resultou na minha inserção como professor do referido curso e como protagonista na construção de experiências de formação no contexto da Atenção Primária no Acre. A reflexão sobre essa experiência, desenvolvida junto com outros colegas como Osvaldo Leal e Juliana Lofego, levou à oportunidade da formação da parceria com o Laboratório de Pesquisa Sobre Práticas em Integralidade em Saúde (Lappis) e à atuação como pesquisador associado em projetos de pesquisa no campo da gestão e da formação, sempre com a perspectiva da integralidade. A participação do curso de Medicina da UFAC como experiência selecionada do projeto EnsinaSUS,¹ que marcou o início dessa parceria, foi determinante para sua consolidação, com a implantação do Sítio Norte Lappis, o que possibilitou o desenvolvimento deste projeto de pesquisa como tese de doutorado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ.

Exerço atualmente as atividades de professor e pesquisador da UFAC e de médico de Família e Comunidade da SESACRE, atuando em ambulatório, diretamente no atendimento aos pacientes do Centro Estadual de Formação em Saúde da Família do Tucumã, na preceptoria de residentes e internos, e em sala de aula, nas disciplinas que trabalham no contexto da Atenção Primária no início do curso de Medicina da UFAC. Já atuei também

¹ A experiência de inserção de alunos na atenção primária do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre foi objeto de relato de experiência e investigação na pesquisa EnsinaSUS, e se encontra publicada na coletânea do Lappis sobre a pesquisa (SILVEIRA et al., 2006).

como gestor na Coordenação da Residência Médica, na implantação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, e mais recentemente, na coordenação do Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS (CDG-SUS), numa parceria entre o Lappis e a Secretaria Municipal de Rio Branco.² Analisando essa trajetória pessoal e profissional, tenho hoje consciência de que fomos para o Acre para ajudar na construção de algo novo para o estado, sendo principal campo de inserção profissional a educação médica.

A Região Norte possui 18 escolas Médicas, sendo 11 públicas e sete privadas. Os últimos estados a implantarem cursos de Medicina foram Acre, Rondônia e mais recentemente o Amapá. O contexto recente da região reúne três situações diferentes em relação à posição das escolas médicas. As escolas mais antigas, na maioria públicas, têm ainda um currículo tradicional e estão em processo de adequação às novas DCNs, sendo que as duas mais tradicionais, UFAM e UFPA, estiveram recentemente em diligência pelo MEC por notas baixas no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). Outras escolas públicas mais novas, caso da UFAC e da UNIR (Rondônia), já foram implantadas com as novas DCNs, mas estão ainda se adequando estruturalmente. Por fim, mais recentemente, observa-se a abertura de novos cursos particulares com grande quantidade de vagas, inclusive no interior dos Estados³.

O curso de Medicina da UFAC, que está formando em 2013 sua sétima turma, tem como inovações em seu currículo um eixo longitudinal de Atenção Primária, a integração com o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Internato Rural. O eixo de Atenção Primária vai do primeiro ao sexto período, com inserção de estudantes em comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família. O trabalho é realizado em pequenos grupos, com acompanhamento de famílias e análise das situações e problemas do território. A tutoria dos grupos é realizada por Médicos de Família e Comunidade que também são professores da UFAC. Trata-se de um eixo integrador que pretende reunir elementos de saberes das áreas das ciências sociais e das áreas biomédicas, em atividades junto à população.

² O CDG-SUS foi um curso planejado por professores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso em parceria com o Lappis, desenvolvido em Rio Branco no ano de 2012. A experiência está publicada em recente coletânea de pesquisa do Lappis (PINHEIRO et al., 2013).

³ Os dados sobre as escolas médicas da Região Norte foram coletados no banco de dados eletrônico do Ministério da Educação (e-MEC) e durante a fase exploratória da pesquisa, nos Congressos Regionais e Nacionais de Educação Médica.

Os estágios e treinamentos práticos do curso de Medicina da UFAC acontecem na rede do SUS, não havendo unidades próprias da universidade. Sendo assim, os cenários de aprendizagem são as situações reais que se passam no sistema de saúde do estado. Essa característica já aproxima os estudantes da população do estado, mas é no Internato Rural que ocorre o contato com a população do interior, incluindo aí a ribeirinha. Nesse momento, o Internato Rural da UFAC ainda se encontra em fase de consolidação, possuindo duas vertentes. A primeira consiste em um estágio no município de Plácido de Castro, localizado na fronteira com a Bolívia, e conta com uma cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família. Lá o estudante passa três semanas vivenciando o sistema de saúde local e as ações das equipes, tanto na área urbana como na rural. A segunda é fruto de parceria entre a UFAC e a Secretaria Estadual de Saúde, em que há inserção de internos no Programa Saúde Itinerante. O programa leva equipes para locais remotos na região ribeirinha dos rios que cortam o estado e são realizadas ações de saúde nas vilas e aldeias localizadas na floresta.⁴

Desta posição e considerando esse contexto de inserção do pesquisador no campo, pretendo aprofundar na interface entre a formação médica e o contexto da vida no interior da floresta amazônica, através do estudo de experiências de Internato Rural na região. Acredito que um estudo como esse pode trazer subsídio para a consolidação dessas práticas no curso de Medicina da UFAC, não só na maneira com que acontece a inserção dos estudantes, mas principalmente no reconhecimento da cultura local e nas suas contribuições para a perspectiva ético-política da formação. Ressalto que não é intenção deste trabalho criar modelos idealizados ou medir o impacto das ações realizadas, mas construir visibilidades às experiências e reunir elementos que apontem para uma perspectiva ético-política da formação em Medicina em consonância com o SUS local.

Parto do pressuposto de que nesse contexto de ensino-aprendizagem ocorre o contato entre o pensamento científico e o saber popular a partir do encontro dos estudantes com a população local. Inicialmente, é importante situar alguns conceitos de base desse trabalho, sobre a concepção de racionalidade científica e esse possível diálogo entre culturas que se estabelece no interior da Amazônia, bem como introduzir o referencial principal que norteia as análises: a filósofa Hannah Arendt.

Temos o privilégio de viver atualmente uma época de mudança de paradigmas, em que nosso pensamento e ação assumem grande importância na responsabilidade de se reconciliar com o mundo com vistas a recriá-lo. A “moderna concepção de mundo” (ALVES

⁴ Os dados referentes ao curso de Medicina da Universidade Federal do Acre têm sua fonte no Projeto Pedagógico do curso, bem como em nossa experiência como docente.

NETO, 2009), apesar de sua notória importância para a história da Humanidade, já não consegue dar respostas satisfatórias às questões com que nos deparamos no cotidiano da vida e na nossa relação com o próprio mundo.

Na concepção da filósofa Hannah Arendt (1997), o advento da modernidade levou a um processo de alienação do mundo na medida em que perdemos sua referência nos movimentos das grandes navegações e descobrimentos, que acabaram por tornar a terra um objeto visto de olhos que depois de então passaram a se considerar universais. O advento da ciência como produtora única de verdades acabou por atrofiar a ação política e reduziu o homem moderno a um *homo faber*, responsável pela instrumentalização do mundo, inclusive do próprio conhecimento (ALVES NETO, 2009).

O cientificismo da modernidade representou a primazia do objetivo, do palpável e do mensurável, numa visão de que os fenômenos poderiam ser quantificáveis e explicáveis pela matemática. Na medicina, a expressão desse paradigma foi intenso, levando a um processo de mecanicismo e reducionismo dos processos ligados ao corpo humano e à descrição das doenças, que se tornou o objeto principal do que chamamos atualmente de modelo biomédico ou biomedicina.

A biomedicina foi caracterizada por Camargo (1997) como a medicina do corpo, das doenças e das lesões. Sua origem com o desenvolvimento da racionalidade científica moderna e seu caráter generalizante e autorreprodutivo a configuram como uma cultura médica, chamada por Buchillet (1991a) de *medicina ocidental*. A formação médica é uma das principais formas de reprodução dessa cultura. O modelo hegemônico de formação, com ênfase em disciplinas biológicas e práticas predominantemente hospitalares, se concentra no estudo das doenças e deixa em segundo plano a pessoa, seu processo de vida em sociedade e sua cultura (LAMPERT, 2002). Uma das consequências desse fato é a dificuldade de compreender os aspectos culturais envolvidos na experiência de adoecimento, restringindo as possibilidades diagnósticas e terapêuticas àquelas formuladas a partir do estudo das doenças, diminuindo as chances de sucesso das intervenções.

Embora o cientificismo e o modelo biomédico tenham levado a grandes avanços tecnológicos que transformaram a vida da população, o mundo dá hoje sinais de esgotamento frente à perspectiva exploradora que o homem imprimiu sobre ele, e assim como somos capazes de diagnosticar e curar mais doenças, não damos respostas para outras mazelas que trazem sofrimento ao povo. Acabamos então por nos eximir da responsabilidade pelo mundo e pelas pessoas.

Com a mudança de paradigma em curso, outras perspectivas começam a aparecer num possível processo de reconciliação com o mundo. Segundo Arendt (2009), isso só é possível com o advento da natalidade, em que os que nascem num mundo velho têm a oportunidade de conhecer e renovar esse mundo.

Na medicina e nas práticas de saúde, vislumbramos a possibilidade de mudanças em vários movimentos que têm na ideia perdida de vitalismo sua centralidade (LUZ, 2004a). Um deles é a chamada Medicina Centrada na Pessoa⁵ (STEWART et al., 2010), que resgata uma perspectiva relacional da prática médica, num reconhecimento de que *somos* no mundo (pluralidade), chamando a atenção para a importância da subjetividade e das questões envolvidas nos encontros entre médico e paciente, como por exemplo as culturas de um e de outro. Abre-se então novamente o espaço público para a ação, na criação e recriação da prática médica, de maneira que se constituam novas configurações dos itinerários formativos⁶ em Medicina, onde haja oportunidade de apresentação e reflexão de novos olhares sobre o cuidado em saúde.

As mudanças no sistema de saúde brasileiro com a consolidação do SUS têm provocado as universidades a repensarem os processos de formação, no sentido de adequá-los às necessidades da população e do próprio sistema. Nesse sentido, a partir da publicação das novas diretrizes curriculares (DCN) para os cursos de Medicina (BRASIL, 2001), pôde-se observar na última década a emergência de experiências inovadoras que têm como princípio a integralidade na formação⁷ (PINHEIRO et al., 2006a). São exemplos dessas novas configurações: a diversificação dos cenários de prática, com a inserção dos estudantes no contexto da Atenção Primária desde o início do curso; a integração curricular com a centralidade no aluno; as metodologias ativas de ensino-aprendizagem; e as experiências de Internato Rural. Essas iniciativas mostram que existem possibilidades concretas de mudanças nos itinerários formativos que podem repercutir na prática médica, evidenciando a importância da Universidade como local de criação e apropriação de saberes e valores, constituindo-se como verdadeira instância cultural (KOIFMAN, 2010).

⁵ A Medicina Centrada na Pessoa consiste em um método clínico sistematizado por autores da Universidade de Western Ontario, no Canadá (STEWART et al., 2010), sob influência da Abordagem Centrada na Pessoa, que foi desenvolvida pelo psicólogo americano humanista Carl Rogers e colaboradores durante as décadas de 60 e 70 do século passado.

⁶ O sentido da expressão *itinerários formativos* neste trabalho diverge do tradicionalmente utilizado no campo da Educação Profissional e está explicitado no início do item 1.2, quando se aborda mais especificamente essa questão.

⁷ A pesquisa EnsinaSUS, desenvolvida pelo Lappis entre 2003 e 2005, procurou dar visibilidade às experiências inovadoras na formação em saúde, buscando aspectos congruentes com o princípio da integralidade. A pesquisa analisou mais de 70 relatos e estudou dez deles em profundidade, resultando em uma coletânea de textos publicada em 2006 (PINHEIRO et al., 2006).

Considerando os avanços e o contexto de transformação da educação médica, é importante salientar que esse processo deve levar em conta a diversidade cultural existente no país. De outro modo, corremos o risco de criar “modelos ideais” (PINHEIRO; LUZ, 2003), que apesar de tidos previamente como promissores, são implementados de maneira uniforme nos diferentes contextos, acabando por deixar o processo de transformação a meio caminho. Dessa ponderação decorrem as questões colocadas no início desta tese, que norteiam o desenvolvimento do projeto de pesquisa, evidenciando a importância de estudar experiências de Internato Rural na Amazônia, dando visibilidade ao que é produzido no contexto local em relação a produção de cuidado e ensino-aprendizagem.

A atenção à saúde na Amazônia ainda constitui importante desafio para a sociedade brasileira. Embora a atual conjuntura global se preocupe em desvelar os problemas decorrentes do uso indiscriminado dos recursos naturais, apontando a floresta amazônica como um dos principais pontos para manutenção do equilíbrio do ecossistema terrestre, o povo que habita a região ainda apresenta sérios problemas sociais e de saúde, decorrentes da falta de políticas públicas que possam integrar o cuidado com a floresta ao cuidado com sua população. Referimo-nos especificamente às pessoas que vivem nos interiores da Amazônia, que representam atualmente cerca de 30% da população do norte do país, segundo dados do IBGE (BRASIL, 2013a), denominadas de *população ribeirinha* ou *população tradicional* (LIMA; POZZOBOM, 2005), ou ainda de *povos das águas* (vivem nas calhas dos rios) ou *povos da floresta* (vivem nos seringais) (SCHERER, 2004).

Essa população vive em condição de vulnerabilidade social, caracterizada pelo alto índice de analfabetismo, pobreza (não se pode falar de miséria) e falta de cidadania, realidade em que muitos não possuem registro civil. Sua característica própria, de povo que vive na floresta, é escondida pela denominação genérica de “trabalhadores rurais”, e por isso suas especificidades culturais, políticas e sociais não são contempladas pelas políticas públicas em geral. As ações desenvolvidas junto a essas populações têm sido focais, descontínuas ou até excludentes, com exigências burocráticas não aplicáveis à realidade de vida das mesmas (SCHERER, 2004).

Em relação à saúde, as grandes dimensões territoriais e a baixa densidade populacional, assim como as características próprias de locomoção e transporte, que seguem os cursos dos rios e igarapés da bacia amazônica, são dificuldades de cunho geográfico que naturalmente obrigam a conceber um modelo assistencial que guarda especificidades em relação ao do restante do País (VIANA et al., 2007). Além disso, as desigualdades de distribuição de profissionais de saúde e de instituições formadoras, bem como a dificuldade

de fixação dos mesmos em municípios do interior, são problemas que afetam sobremaneira a realidade local (CFM, 2013). Esses fatos têm gerado debates no âmbito da gestão do sistema que visam buscar práticas de saúde mais adequadas à realidade da Amazônia Legal.

Além das questões geográficas e organizacionais, é importante levarmos em conta o aspecto cultural do povo que habita a região, com destaque para as populações tradicionais, incluindo aí tanto os caboclos ribeirinhos, seringueiros e as diversas etnias indígenas da Amazônia. Quando se vivencia o contato com essa realidade, verifica-se um modo de viver e pensar bastante distinto do contingente que vive nas capitais. O tempo, as atividades cotidianas, as crenças e o modo de lidar com a saúde são aspectos que têm um significado próprio para eles, constituindo os traços de sua identidade cultural.⁸ Suas práticas levam em consideração a chamada *medicina tradicional*, com uso de recursos naturais como plantas e cipós, e rituais de cura como as rezas e o xamanismo (BUCHILET, 1991b; PÉREZ GIL, 2007). Nessas localidades, é escassa a presença de profissionais de saúde com formação acadêmica, o que aumentaria a importância de pessoas da própria localidade que têm inserção nas redes comunitárias através de ações de saúde, sejam eles rezadores, pajés, curandeiros, parteiras tradicionais e até agentes comunitários ou indígenas (estes de modo já institucionalizado).

Nos contatos entre profissionais e população, percebe-se que existem dificuldades, por parte dos profissionais de saúde, em lidar com as diferenças culturais, e na realidade da Amazônia isso parece se acentuar. Ainda prevalece um modo de atenção semelhante ao realizado em outros contextos, com base principalmente na perspectiva biomédica. Sendo assim, são importantes os momentos ao longo dos itinerários formativos em Medicina, que trabalhem o diálogo entre culturas, na perspectiva da reconstrução de um sentimento de pertença e da responsabilidade com esse mundo, como é o caso do Internato Rural. Só a vivência prática junto às populações ribeirinhas é capaz promover um nível de introjeção suficiente para trabalhar valores e mudar atitudes, como o juízo crítico, a capacidade reflexiva e a responsabilidade com as pessoas e com o mundo.⁹

⁸ O conceito de *cultura* tem sido estudado pelo campo da Antropologia e tem complexas ramificações conforme as linhas de pensamento na área das Ciências Sociais (GEERTZ, 2011). Procurei não entrar nas particularidades desse conceito para não correr o risco de interpretações malfeitas ou superficialidades. Porém, cabe ressaltar que, quando me refero a cultura, abordo sistemas de valores e crenças que compõem os principais elementos constitutivos de determinada racionalidade, influenciando a interação entre as pessoas, seus modos de agir e se relacionar com o mundo. Assumo também que esses sistemas foram construídos pelo homem e são reconstruídos continuamente nas relações que se estabelecem entre pessoas e grupos, existindo diversas formas de pensar e agir conforme as diferenças em tais sistemas.

⁹ Quando me refero a *mundo*, o considero na perspectiva arendtiana, como artifício construído pelo homem e espaço de ação política. Neste trabalho, o mundo é constituído pela Amazônia Legal, as representações sobre essa realidade, bem como as concepções e práticas sobre saúde e adoecimento próprias da região.

O Internato Rural constitui um período de semanas a meses em que um grupo de estudantes vivencia integralmente o contexto dos municípios do interior, onde desenvolvem ações de saúde e trabalham sob supervisão num cenário bastante distinto dos campos de prática tradicionais dos municípios-sede das escolas médicas. Na Amazônia, esses estágios podem ser enriquecidos por expedições em unidades fluviais, nas quais a equipe percorre diversas localidades ao longo dos rios da região fazendo um trabalho junto às populações ribeirinhas. Essas experiências estão atualmente em processo de implementação e consolidação nas diversas escolas médicas da região, sendo este um momento oportuno para realizar um estudo sobre as mesmas.

Nas experiências de Internato Rural, os estudantes vivem situações de transição e ruptura de paradigmas de diversas naturezas, transitando nas “fronteiras” do trabalho em saúde. Destacam-se neste trabalho três fronteiras: a primeira diz respeito ao fato de vivenciarem uma realidade diferente da que estão acostumados, muitas vezes sendo a primeira vez que saem das capitais rumo ao interior dos estados (*Mundo como fronteira*); a segunda é relacionada ao encontro e diálogo entre as culturas biomédica e popular nas práticas de saúde no interior da Amazônia (*Saberes e práticas como fronteira*); e a terceira se refere aos valores e atitudes mobilizados a partir desses encontros que ocorrem no Internato Rural (*Responsabilidade como fronteira*). O estudo das narrativas dos estudantes acerca das três fronteiras vivenciadas na experiência do Internato Rural na Amazônia constitui o objeto principal desta pesquisa, cuja análise foi desenvolvida com o auxílio de categorias presentes na obra da filósofa Hannah Arendt.

Hannah Arendt tem extensa produção bibliográfica no campo da filosofia política, ainda pouco utilizada na área da saúde¹⁰ e mais especificamente na formação médica. Sua obra constitui a base para a construção dos pressupostos e análises deste trabalho. Arendt foi judia alemã e imigrou pouco antes da Segunda Guerra, tendo antes passado por um campo de concentração. Partiu das ideias de autores como Heidegger e Jaspers e desenvolveu intensa discussão no campo da ação política já nos Estados Unidos, onde morreu em 1975. Hoje muito referenciada no debate sobre a relação entre as esferas pública e privada, seus escritos versam sobre categorias como ação, liberdade e espaço público, que neste trabalho darão subsídio à discussão sobre a prática médica. As ideias da autora motivaram intenso debate na segunda metade do século XX, sendo sua principal obra o livro *A Condição Humana* (ARENDR, 1997), em que traça um panorama do que fazemos no mundo, no que chama de

¹⁰ Cabe destacar aqui o pioneirismo de Pinheiro e do grupo do Lappis na utilização do referencial arendtiano na área da saúde.

vita activa, definindo as atividades de *labor*, *trabalho* e *ação* e as relações entre essas categorias como advento da modernidade. Um dos seus textos mais polêmicos foi um pequeno ensaio chamado *A crise na educação* (ARENDDT, 2009), onde faz reflexões importantes para essa área, debatendo os efeitos da modernidade em uma dimensão que considera pré-política.¹¹ No texto, trabalha categorias como *autoridade* e *tradição* e as coloca entre as raízes desses efeitos na educação. Por fim, já na fase final de sua obra, depois de acompanhar o julgamento do oficial nazista Adolf Eichmann, certamente um dos eventos que mais marcou o pensamento da autora, volta seus escritos para a análise da vida contemplativa no livro *A vida do espírito* (ARENDDT, 1995), abordando questões como o *pensar* e o *julgar*, que dão base para uma das categorias principais ligadas à aprendizagem neste projeto, que é a *responsabilidade*. A autora analisa conceitualmente, com base em experiências concretas, essa categoria, que considero de relevância central para a prática e para a formação médica numa perspectiva ético-política. Pretendo constituir aqui os nexos entre as elaborações arendtianas e a medicina, focalizando o diálogo entre culturas nas ações de ensino-aprendizagem na Amazônia.

As análises sobre as repercussões da crítica da modernidade no campo da saúde terão como fundamento os estudos da socióloga Madel Luz sobre racionalidades médicas e a constituição da biomedicina como paradigma hegemônico. A obra clássica da autora, intitulada *Natural, racional, social* (LUZ, 2004a), constitui a base para essa construção. Nela a autora desenvolve, com originalidade para a época, uma perspectiva histórica da construção da racionalidade científica moderna e suas repercussões para a medicina e sua prática, considerando inclusive outras racionalidades, no caso a homeopatia.

Em relação ao campo da educação, as concepções de Arendt dialogarão com autores de importância na construção da crítica ao modelo tradicional de ensino, como Paulo Freire, com destaque mais ao final do desenvolvimento da matriz teórica aos estudos de Carl Rogers, em que a formação de atitudes através da introjeção de valores e o domínio afetivo da aprendizagem encontram maior ressonância. Rogers foi um psicólogo americano que se aprofundou no conceito de pessoa, criando a “abordagem centrada na pessoa” no âmbito da psicologia. Voltou seus estudos para a educação, fazendo uma crítica contundente ao autoritarismo do modelo tradicional. Considerado um dos expoentes da tendência humanista da educação, Rogers atentou para a dimensão intersubjetiva do ensino. Seu livro *Liberdade*

¹¹ Ao abordar as características próprias das esferas privada e pública, as mudanças que aconteceram nas mesmas com a modernidade e sua repercussão na educação, Hannah Arendt faz uma distinção entre as dimensões política e pré-política da vida humana, situando a educação nesta última, como uma instância de transição para a ação no espaço público.

para aprender (ROGERS, 1978) consubstancia o aprendizado de atitudes para uma formação com perspectiva ético-política, como esse trabalho deseja enfatizar ao abordar a responsabilidade.

É importante marcar que a prática médica tem caráter eminentemente relacional, já que seu significado só existe diante da presença do outro, principalmente os pacientes, mas também a equipe de saúde e os gestores. Desta forma, a opção desta tese é trabalhar na perspectiva política da medicina, situando a profissão no campo da ação (ARENDDT, 1997), pressupondo para sua atuação a configuração de um espaço público como arena privilegiada para o agir e o falar entre pessoas e onde haja visibilidade e reconhecimento do outro.

Considerando os pressupostos iniciais, opto por organizar a tese em três partes. A primeira reúne este componente introdutório junto aos objetivos e ao percurso metodológico, e foi pensada com o sentido de explicitar os alicerces do projeto de pesquisa que proporcionaram o conjunto de reflexões e resultados alcançados a partir da pesquisa empírica realizada.

A segunda parte constitui a base epistemológica da pesquisa, que dá concretude à linha de pensamento aqui trabalhada. A mesma é dividida em três itens. O que dá início (1.1) situa o contexto da Amazônia numa perspectiva histórico-cultural, a partir da concepção de mundo de Hannah Arendt (ARENDDT, 1997), como artifício construído pelo homem e que medeia as relações entre eles. No segundo item (1.2), são trabalhados os referenciais sobre educação médica que o caracterizam como campo em transformação, com destaque para a noção de crise trazida por Arendt, em importante reflexão que a autora faz sobre os efeitos da crise do pensamento moderno no campo da educação. O terceiro (1.3) trabalha as concepções, o contexto histórico e os desdobramentos do Internato Rural e da ideia de interiorização da medicina. Trata-se da reunião de três textos que foram produzidos com base na literatura, em bases de dados institucionais e no próprio material empírico da pesquisa.

A terceira parte é dedicada à apresentação dos resultados e discussão com base no material empírico, com especial destaque para as narrativas dos sujeitos, cujos trechos aparecem na íntegra, explicitando a dimensão do vivido nas experiências dos mesmos. É dividida em três itens, conforme as *três fronteiras* trabalhadas na pesquisa: *Mundo, Saberes e Práticas e Responsabilidade*. Pretende-se com isso explorar as possibilidades de aprendizado a partir dessas rupturas e transições que os estudantes vivenciam, contribuindo para a elucidação e construção de uma concepção pedagógica para esse estágio, que vem se constituindo num momento rico dos itinerários formativos dos estudantes de Medicina, não só como cenário de aprendizagem, mas como *locus* de ação política e reflexão sobre a prática.

Objetivos

Inicialmente, os objetivos se concentravam na análise das experiências de Internato Rural na Amazônia, com foco no aprendizado de atitudes condizentes com valores ético-políticos da prática médica e tendo as categorias Responsabilidade e Juízo Crítico como analisadores. No decorrer do seu desenvolvimento, na fase exploratória da pesquisa e principalmente ao longo do trabalho de campo, os objetivos foram se alargando e se tornando inclusivos para aspectos da experiência do vivido.

Sendo assim, os objetivos se aproximaram das indagações colocadas no início da introdução, como as principais inquietações que levaram ao desenvolvimento da pesquisa. Eles ainda têm seu foco na experiência, abrangendo o desenvolvimento de valores ético-políticos a partir do contato da população do interior, mas esse alargamento se deu no sentido de explorar a experiência do Internato Rural como constituinte do itinerário formativo dos estudantes de Medicina, que detêm certas especificidades da educação médica no contexto da Amazônia Legal. Esses elementos têm relação com a realidade de vida e a diversidade cultural das pessoas que habitam as pequenas cidades, vilas e *colocações*¹² do interior da floresta.

No que tange ao caráter ético-político do aprendizado produzido a partir dessa vivência, observou-se que a categoria *Responsabilidade* foi a que mais representou as virtudes da medicina, traduzidas em atitudes e valores que estão ligadas à questão do contato com a realidade e o diálogo com os saberes e práticas locais. Como explicitado mais à frente no corpo da tese, seu sentido está ligado ao pensamento e ao juízo crítico, de acordo com a concepção arendtiana – abrangendo, portanto, as questões ligadas a esses atributos humanos.

A partir dessa decisão e das considerações acima, o objetivo deste trabalho consiste em explorar os elementos constitutivos dos itinerários formativos dos estudantes de Medicina desenvolvidos nas experiências de Internato Rural na Amazônia, a partir do contato com a realidade e a cultura locais, observando possíveis contribuições para o aprendizado de valores ético-políticos condizentes com a noção de responsabilidade.

¹² *Colocação* é uma designação própria dos seringais da Amazônia, e se referem a pequenos lugarejos com poucas habitações nas margens dos rios ou no centro (localização mais distante da região ribeirinha).

Percurso metodológico

Pressupostos epistemológicos

A escolha da linha metodológica da pesquisa se filia ao objeto em estudo, que tem como foco a questão da experiência em um cenário não habitual dos cursos de Medicina, e com o mundo da Amazônia e suas especificidades em relação às práticas de cura e cuidado. Por isso, deve levar em conta o processo de construção desse mundo e dos modos de produção dos sentidos dessas experiências. Da mesma forma, se concentra numa relação dialógica, o que traz a importância da dimensão intersubjetiva das relações. Sendo assim, a metodologia procurou destacar mais a pluralidade dos sentidos e a análise das formas de troca, das pontes, das relações que os sujeitos estabelecem do que a análise própria dos mesmos (estruturas). A metodologia deve também manter coerência com a base epistemológica constituída, que neste estudo parte de uma crítica da modernidade para a formulação de novos aportes teóricos capazes de contribuir para a educação e a prática médica numa perspectiva ético-política de compromisso com a esfera pública.

Uma premissa que consideramos importante é a opção por evitar dualismos que reforçam o dogmatismo em pesquisa, desde a clássica distinção entre metodologia quantitativa e qualitativa até as distinções entre análises macro e microssociais. Pires (2008) deixa clara a possibilidade de trabalhar livremente no espectro por entre as oposições evocando a concepção que Stangers chama de o “princípio da irredução”. Esse...

[...] nos convida a traçar uma nova via entre as posições antagônicas do seguinte tipo: a) “o discurso científico exige sempre a neutralidade e sempre diz a verdade sobre o mundo empírico”; ou contrariamente, “a ciência é apenas política e ideológica”; b) “em matéria de metodologia, todo procedimento é sempre bom e toda a interpretação igualmente válida”; ou inversamente, “somente isso é bom”; c) “a ciência exige que sempre se abandone qualquer interesse prático”; ou, ao contrário, “é preciso deixar de lado todo interesse cognitivo”; d) “o cientista não deve jamais levar em conta consequências de um pensamento que ele acredita ser verdadeiro”; ou, de outro modo; “o cientista só deve se deixar guiar pelos efeitos práticos que deseja produzir, sem se preocupar com a verdade”, etc. (PIRES, 2008, p. 55)

Considerando o foco nas relações interpessoais que acontecem na produção do cuidado e nos processos de aprendizado junto às populações do interior da Amazônia, a abordagem qualitativa naturalmente se apresenta, pois as técnicas costumeiramente utilizadas possibilitam maior capacidade de aprofundamento nesse tipo de objeto. Considerando a abrangência que hoje o campo da pesquisa qualitativa alcançou nas ciências sociais, é

importante que algumas posições epistemológicas sejam minimamente discutidas (minimamente, considerando a amplitude e o caráter controverso dos debates), no sentido de clarear em que bases se encontra o processo de análise que se deseja implementar no processo dessa pesquisa.

Este estudo não se presta a testar hipóteses, sendo mais indutivo que dedutivo. Busca compreender como um fenômeno acontece em seu contexto local e social, historicamente constituído. Seguindo a linha da coerência com o objeto e a base epistemológica, a percepção de mundo de Hannah Arendt (autora que trabalha as principais categorias discutidas neste trabalho), como artifício humano em que nos encontramos e nos relacionamos num “espaço de aparências” (ARENDR, 1997), tem sua base em pressupostos fenomenológicos. Em seus estudos, Arendt dá prosseguimento a ideias e compartilha algumas posições sobre o “ser” e “perceber” no mundo de autores como Heidegger e Merleau Ponty. Esse fato, aliado ao caráter relacional e intersubjetivo do objeto em estudo, justificam a escolha da fenomenologia como linha metodológica da pesquisa.

Essa metodologia da pesquisa tem sua origem nas ideias de Husserl, considerado o fundador da fenomenologia. Mas se desenvolve a partir das formulações de Schutz (1979), que confrontando os pressupostos sistematizados por Husserl com as ideias de Weber, trouxe a filosofia fenomenológica para o campo da sociologia, contribuindo para que a mesma se estabelecesse como uma linha metodológica. Schutz desenvolveu conceitos weberianos como ação subjetivamente significativa, compreensão por observação e motivação, e interpretação subjetiva e objetiva, formando as bases para uma sociologia interpretativa (WAGNER, 1979).

Husserl preocupou-se em criar uma filosofia sem pressuposições, ou seja, ao considerar os fenômenos, reconhece que os mesmos são dotados de uma série de suposições ontológicas, e propõe uma volta ao mundo vivido, à realidade desvendada através da experiência. Para isso se centra no sujeito e na sua relação com o mundo. Para ele, só pode haver fenômeno se há sujeito e todo objeto é intencionado pela consciência do homem, sendo então fruto de construções histórico-culturais prévias. Husserl preocupa-se com a essência do fenômeno, tal como se apresenta. Para isso propõe processos de redução que objetivam colocar a realidade “entre parênteses” e desvelar esse processo de construção dos fenômenos (WAGNER, 1979, p. 7).

[...] não há fase ou aspecto da consciência humana que surja de si e por si próprio; *consciência é sempre consciência de alguma coisa*. As formas de consciência estão ligadas ao conteúdo das *experiências*. Experiência é atenção “dirigida” para objetos, reais ou imaginários, materiais ou ideais; e todos esses objetos são “*intencionados*”. Esse é um “processo imanente de toda a experiência”; o *objeto é constituído* de

modo aperceptivo na síntese de diferentes perspectivas das quais o objeto é de fato visto ou posteriormente lembrado de maneira tipificada.

A fenomenologia como investigação considera a subjetividade como inerente ao processo de apreensão objetiva da realidade; sendo assim, tenta romper com a dicotomia sujeito/objeto. O objeto é forjado por uma série de consciências intencionadas que, segundo Husserl, formam uma consciência comum, o que chama de *intersubjetividade*. É aquilo que une as consciências individuais, a unidade fenomenológica da vida social (WAGNER, 1979). Schutz procurou desenvolver ainda mais a análise da intersubjetividade e sugeriu a mesma como categoria ontológica fundamental da existência humana, um pré-requisito para toda experiência no mundo da vida. Para Schutz, viver no mundo da vida cotidiana significa viver em envolvimento interativo com muitas pessoas, em complexas redes de relacionamentos sociais.

As representações sobre os fenômenos só existem nas consciências das pessoas. Essas os interpretam conforme suas experiências e próprias situações de vida. Schutz ocupou-se dos meios em que um indivíduo se orienta nessas situações, que constitui seu “estoque de conhecimento” apreendido nas experiências de sua vida. O conjunto das interpretações converge para uma visão comum do mundo, uma “concepção relativamente natural do mundo”. Essa relação depende do uso das mesmas expressões e formulações padronizadas de uma linguagem comum. Para Schutz, o mundo é um mundo tipificado e a linguagem tem papel nessa tipificação. O simples fato de nomear já tipifica (SCHUTZ, 1979).

A partir desses pensamentos, pode-se dizer que a fenomenologia é uma ciência interpretativa, em que o pesquisador deve ter consciência de que os sujeitos da pesquisa têm sua própria interpretação dos fenômenos. Merleau Ponty, autor que aprofundou os pensamentos de Husserl no sentido da percepção, contribui com a visão da perspectiva de interpretação de cada sujeito, cujo conjunto das perspectivas constitui a estrutura básica do objeto, muito embora sua totalidade nunca seja alcançada (PONTY, 2011). Considerando esse ponto de vista, o pesquisador deve buscar essa diversidade de perspectivas de interpretação, entendendo que ele mesmo fará outra interpretação do conjunto apreendido.

A abordagem fenomenológica tem aproximação com a perspectiva construcionista da produção de conhecimento. Esta nos traz a ideia de que tanto o objeto de pesquisa como o modo como fazemos para acessá-lo são construções sociais, historicamente situadas. Mais ainda, a própria maneira de acessar influencia no objeto constituído (SPINK; MENEGON, 1999). Nessa perspectiva, a realidade é intrinsecamente ligada ao modo como a estudamos.

Quando se explicita esse enunciado, é importante deixar claro que uma visão construcionista não implica que “tudo é bom” (PIRES, 2008), mas trata-se de uma posição que questiona os critérios de cientificidade tradicionalmente utilizados, em que há uma tentativa, até certo ponto, artificial de objetividade do método e suposta neutralidade do pesquisador. Spink e Menegon (1999, p. 73) explicam esse ponto com base na visão crítica da ciência de Woolgar:

Isso não significa afirmar que o conhecimento científico é *meramente* um constructo social. [...] Essa ressalva é necessária uma vez que o epíteto *meramente* (ou *apenas*) “é equivocadamente introduzido por aqueles que caricaturam os estudos sociais da ciência como uma forma de niilismo epistemológico”.

Ou seja, o fato de aderir à perspectiva construcionista não supõe a descrença na ciência e nos métodos utilizados. Não se presta a ter uma “conotação avaliatória da veracidade do conhecimento produzido” (SPINK; MENEGON, 1999, p. 73), nem tampouco a perda do rigor na aplicação das técnicas de pesquisa, mas tão somente prezar pela responsabilidade e a ética nos procedimentos adotados.

Ao assumir a abordagem fenomenológica e a perspectiva construcionista, automaticamente se afirma a indissociabilidade entre sujeito e objeto, o que implica definir claramente a perspectiva do autor, de onde ele fala e que pressupostos embasam seu pensamento, assim como sua história de vida e de luta cotidiana. Nessa perspectiva, não há pretensão de uma posição de neutralidade do pesquisador; ao contrário, a subjetividade pode se tornar um recurso a mais, caso esteja bem definida e explicitada a posição do pesquisador.

De acordo com essa concepção, na interação do pesquisador com os sujeitos, ambos são considerados agentes ativos no processo de produção de conhecimentos. Essa posição marca o compromisso do pesquisador com uma relação dialógica e implica reconhecimento e reflexão sobre a ética nessas relações e possíveis manifestações de poder existentes entre pesquisador e pesquisado.

No processo de análise do material empírico, a narrativa do pesquisador traz algo da subjetividade dele, o que se aproxima da noção de *reflexividade* trabalhada por autores como Spink e Menegon (1999). A precaução aqui, para que não haja distorção significativa do objeto, é a clareza na demarcação da posição do pesquisador, assim como as implicações éticas dessa posição, inclusive na utilidade do estudo para o cotidiano do contexto local.

Outro aspecto que segue a definição do objeto é a opção por um enfoque distinto à concepção estruturalista-funcionalista. Esta, conforme a descrição de Van Velsen (1987), se preocupa em situar as regras e normas subjacentes ao fenômeno social estudado, bem como as

funções de cada instância que o compõe. É também interessante estudar os modos de organização dos processos de ensino aprendizagem nos Internatos Rurais, como é o enfoque do item 1.3.2, verificando tempo de estágio, número de alunos, operações logísticas; no entanto, esse não é o foco principal em que este estudo se concentra. Como dito anteriormente, o foco nesta pesquisa são as relações estabelecidas entre os sujeitos. Uma característica da concepção estruturalista em que nosso estudo procura se distanciar é que geralmente o que destoa desse conjunto de relações subjacentes (normas sociais) é desconsiderado na interpretação do fenômeno. Ao contrário, as posições divergentes do núcleo principal das narrativas também foram levadas em consideração, podendo apontar possíveis conflitos ou divergências cotidianas do processo estudado.

Por se basear inteiramente na experiência dos sujeitos, a narrativa é um dos métodos de eleição dos estudos fenomenológicos. A narrativa nos diz da experiência como dimensão do mundo vivido. Na medida em que o sujeito nos narra os acontecimentos, ele desvela sua experiência, construindo-a e reconstruindo-a em seu consciente através da linguagem (DUTRA, 2002). Desta forma ela nos traz o que de significativo o sujeito apreendeu em sua vivência. Dutra (2002) se baseia em pensadores como Rogers e Gendlin para falar sobre a experiência, como tudo que se passa no organismo e que está potencialmente disponível à consciência, ainda que englobando aspectos conscientes e inconscientes. Trata-se dos acontecimentos no mundo vivido, do campo de percepção da pessoa. Gendlin nos diz que é possível reelaborar situações com sentimentos e palavras, e nos traz a “teoria do experienciar” como “um processo corporalmente sentido, experimentado interiormente e responsável pelo material concreto da personalidade ou seu conteúdo, formados por esse fluxo de sensações corporais ou sentimentos” (DUTRA, 2002, p. 372). A experiência, trazendo as representações dos sujeitos em sua relação com o mundo, nos dá a chance de compreender um pouco seus valores e afetos, articulando sua história e cultura numa ponte entre o passado vivido e o futuro por viver. A mesma autora, apoiando-se em Benjamin, afirma que a narrativa, por sua característica de história oral, é aquela que mantém as tradições e as conserva.

Na relação entre o pesquisador e o sujeito, a narrativa, através da reconstrução dos fatos, faz do primeiro um participante da experiência do segundo, e o afeta por ela, tornando-se uma relação intersubjetiva de fato.

A escolha de um método de inspiração fenomenológica parece o mais adequado quando se pretende investigar e conhecer a experiência do outro, uma vez que o ato do sujeito de contar a sua experiência não se restringe somente a dar a conhecer os fatos e acontecimentos da sua vida. Mas significa, além de tudo, uma forma de

existir com-o-outro; significa com-partilhar o seu ser-com-o-outro. (DUTRA, 2002, p. 377).

A narrativa, mais que um depoimento pessoal, é a produção de um pensamento sobre a experiência vivida (SCHRAIBER, 1995). Não se trata da representação da experiência em si, mas o que é próprio dela quando pensamos sobre ela.

Arendt se debruçou sobre as relações entre a narrativa e o pensamento. Para a autora, o sentido da experiência só emergirá na medida em que o pensamento se debruçar sobre os acontecimentos. Reconstituí-los na imaginação passa a ser condição para a apreensão de seu sentido pelo pensamento. “É a partir da experiência que o pensamento se elabora e na história contada que pensamento e experiência são compartilhados” (STELET, 2012, p. 53).

A pluralidade em Arendt chama a atenção para o fato de que se há um *storyteller*, há também um espectador, que é convidado pelo primeiro a “penetrar nas várias facetas de um acontecimento, deixa livre, não fecha” (AGUIAR, 2003, p. 219). Assim como o pensamento, a narração¹³ não é linear, e convida incessantemente o espectador a recontar essa história, por isso está sujeita a uma reinterpretação contínua.

Para Arendt, o pensar narrativo é crítico, pois enseja a troca de experiências. Trata-se da “reconciliação” dos homens com suas experiências. *Storytelling* é encontrar e trazer à tona o sentido nas “indeterminadas e caóticas” experiências humanas. E esse “mergulho na espessura da experiência só é possível com a ativação da capacidade de associar e recordar, isto é, de pensar” (AGUIAR, 2003, p. 224).

Por último, cabe salientar que, ao contar sua história, o narrador é fortemente influenciado pela narrativa, pois a mesma tem a capacidade de estruturar e reestruturar a consciência sobre a situação vivida. Sendo assim, “é capaz de definir posturas e perspectivas para o que a pessoa viverá e, portanto, assume uma força social e subjetiva que dá à narrativa uma expressão ainda mais definida e mais estável” (FAVORETO, 2007, p. 47). Assumindo essas posições, assume-se também que o estudante, ao narrar, já passa por um processo reflexivo que o diferencia apenas por ter tido a oportunidade de narrar sua experiência, colocando-se numa posição diferenciada daquele que não teve essa oportunidade.

Em caráter complementar às narrativas, foi realizada a observação de campo, inspirada no método etnográfico. Segundo Pinheiro et al. (2006a, p.39), através da observação pode-se “compreender pensamentos, comportamentos, fatos e eventos em sua rotina, em seu contexto interativo entre pessoas ou grupos”. Embora não houvesse pretensão de reproduzir etnografias

¹³ A narração (narra-ção) pode ser considerado um aspecto da narrativa em que uma história contada gera uma ação no outro. O narrador, ao contar, já está se modificando, e em contato com o outro, modifica o outro.

clássicas no estudo com inserção prolongada do pesquisador, a observação direta e participante auxiliou na apreensão das relações intersubjetivas nos processos de ensino-aprendizagem e na produção do cuidado junto aos povos do interior, nas experiências do Internato Rural.

A aproximação ao método etnográfico nesta pesquisa, com base nos escritos de Angrosino (2009), buscou evitar uma concepção funcionalista, que prevê funções específicas nas instituições sociais e tenderia a uma visão estática da sociedade, e se aproxima da visão interacionista, que reconhece o caráter dinâmico da sociedade ditado pelas interações entre os indivíduos. Nessa orientação também é considerada a interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, que na perspectiva do autor varia entre o *participante completo*, que está imerso na sociedade e não divulga a pesquisa, ao *completo observador*, que de longe colhe as informações sem envolvimento. Nessa escala gradual, pode-se afirmar que a interação do pesquisador com o objeto nesse trabalho foi, nas palavras do autor, na forma de *participante-como-observador*, havendo imersão no campo mas deixando clara a realização da pesquisa e obtendo permissão para tal (ANGROSINO, 2009).

No que tange aos processos de ensino-aprendizagem, a noção de experiência abordada neste trabalho teve perspectiva semelhante ao conceito de *experienciação*¹⁴ utilizado na pesquisa EnsinaSUS. Essa noção não remete nem a um estudo de caso, para verificar a veracidade de uma teoria, nem a um experimento; tampouco a busca de modelos ideais a serem reproduzidos, mas concretamente constitui espaços de visibilidade às ações desenvolvidas, estudando suas potencialidades, e sobretudo “estar aberto, aceitando ativamente a criação, a invenção e a transformação” (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p. 17).

Segundo Pinheiro et al. (2006b), a ideia do EnsinaSUS não era “oferecer auxílios ou diplomas para os selecionados”, ou mesmo reconhecer experiências exitosas com capacidade de generalização, “como se os contextos em que se inserissem fossem capazes de ser multiplicados e reproduzidos, como ambientes criados em laboratórios”, mas identificar “pistas para a produção de práticas locais de ensino da integralidade”. As experiências...

[...] seriam fontes (nascentes) e substratos da produção de conhecimento sobre o tema, apropriados a partir da observação das especificidades locais coerentes com a diversidade política, social, econômica e cultural de cada lugar de formação e segundo as demandas por cuidado de saúde” (PINHEIRO et al., 2006b, p. 58).

¹⁴ A ideia de experienciação aqui mencionada é distinta daquela de Gendlin em sua “teoria do experienciar”. Aqui a noção de experiência se aplica às formas de inserção prática do estudante e seu desenvolvimento junto à população. Em Gendlin, se refere à vivência do estudante nesses cenários e o significado subjetivo para o mesmo.

A partir da publicação das novas diretrizes curriculares nacionais (DCN) para os cursos de Medicina, observamos o desenvolvimento de diversas experiências inovadoras nos mesmos, incluindo a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem (SILVEIRA; PINHEIRO, 2010). Os princípios éticos que regem a formação médica passam necessariamente pela inclusão social, devendo incorporar vivências que valorizam a diversidade regional. Na Amazônia, considerando o importante contingente populacional que habita as áreas de floresta, começam a aparecer iniciativas de inserção de estudantes em equipes de atenção fluvial desenvolvendo ações de Atenção Primária e até pequenas cirurgias, dependendo da equipe e da embarcação utilizada.

Delimitado o objeto e os pressupostos da abordagem metodológica, houve as bases para a exploração do campo, eleição de experiências com potencial para aprofundamento do debate em torno do objeto e definição das técnicas e instrumentos de campo, bem como o plano de análise. Dado o caráter da pesquisa, é importante deixar claro que houve flexibilidade e abertura a possibilidades de mudanças na trajetória conforme as vivências do pesquisador no contato com o campo da pesquisa.

O campo da pesquisa

A fase exploratória da pesquisa se iniciou já em 2010, com um primeiro levantamento sobre as escolas médicas da região e suas experiências junto à população do interior da Amazônia. O contato com as escolas e a coleta das primeiras informações relevantes para o processo de escolha das experiências e planejamento do trabalho de campo ocorreram nos eventos do campo da educação médica,¹⁵ que reuniram representantes das escolas da Região Norte. Nessas ocasiões houve postura ativa do pesquisador nas reuniões e conversas, nas quais o projeto pode ser colocado em suas intenções iniciais e como contribuição para a pesquisa no contexto amazônico.

No 49º Congresso Brasileiro de Educação Médica em novembro de 2011, foi apresentado na forma de comunicação oral pelo pesquisador um trabalho sobre os aportes teóricos que dão base a esta pesquisa (Hannah Arendt), visando iniciar um debate sobre os mesmos junto aos demais pesquisadores e participantes no espaço de discussão da ABEM. No

¹⁵ Os eventos ao campo da Educação Médica foram organizados pela Associação Brasileira de Educação Médica ou pelos Ministérios da Saúde e Educação, a saber: 3º Congresso Regional de Educação Médica da Região Norte (Belém, 2010); 48º e 49º Congresso Brasileiro de Educação Médica (Goiânia, 2010 e Belo Horizonte, 2011); Reunião de planejamento da expansão das Escolas Médicas (Brasília, 2013) e 2º Seminário Pró-Saúde Norte (Brasília, 2013).

ano 2012, essa exploração continuou e se tornou mais circunscrita às escolas elegíveis, com contatos e encontros específicos com representantes e combinações de visita às escolas para definição das bases da pesquisa de campo.

A partir dessa exploração, duas experiências foram eleitas para compor o campo de estudo por possuírem características próprias interessantes que enriqueceram as análises sobre as experiências dos estudantes, tais como a conformação em equipes multidisciplinares e o currículo na modalidade de Aprendizado Baseado em Problemas (*Problem Based Learning – PBL*). Outrossim, foram privilegiadas no processo de escolha escolas médicas inseridas num processo mais amplo de interiorização e que tinham experiências de Internato Rural num grau mais avançado de consolidação e em mais de um município. Sendo assim, as experiências selecionadas para o trabalho de campo foram as da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e da Universidade do Estado do Pará – *Campus Santarém* (UEPA-Santarém).

A Universidade do Estado do Amazonas é sediada em Manaus, mas tem *campus* avançado em várias cidades do interior do estado. O processo de seletivo para ingresso nos cursos conta com políticas afirmativas, na forma de cotas raciais (índios e negros) e para estudantes do interior (50% das vagas). O curso de Medicina é semestral e conta no total com 130 vagas (65 por semestre). Seu currículo é tradicional, por disciplinas isoladas, e tem um tronco comum junto aos cursos de Enfermagem e Odontologia nas disciplinas que compõem as bases morfo-funcionais do corpo humano (anatomia, fisiologia, histologia etc.). O internato médico tem a duração de dois anos, e no segundo ano os estudantes passam pelo Internato Rural.

O chamado Estágio Rural¹⁶ da UEA tem a duração de 45 dias, com uma semana de preparação e alguns dias para a volta e apresentação de relatório, num total de aproximadamente 60 dias. É realizado de maneira multiprofissional, constituindo equipes de estudantes dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Cada equipe tem um professor de referência, que via de regra apresenta os estudantes ao preceptor local no município e ao final participa da despedida. O preceptor local geralmente é algum profissional do órgão de gestão (Secretaria Municipal de Saúde) ou do serviço (Unidade Básica de Saúde) e não é médico obrigatoriamente. No município as equipes desenvolvem ações assistenciais, acompanhando uma equipe de Saúde da Família local, de educação em saúde e de pesquisa. As ações de assistência recebem apoio do Núcleo de Telessaúde da UEA, como ferramenta de

¹⁶ Na UEA, o internato rural é denominado genericamente como *Estágio Rural*, porque é realizado de maneira multidisciplinar. Nos demais cursos, a fase de estágio supervisionado não é tradicionalmente denominada de internato.

aprendizado especificamente para essa ação. A integração com o Telessaúde constitui potencial inovador para a região nas áreas de educação permanente e produção de cuidado, numa parceria entre Universidade e serviços locais. Ao final, as equipes apresentam um relatório tanto para gestores e trabalhadores do município, como para os professores e o restante da turma já na volta a Manaus.

A Universidade do Estado do Pará possui dois cursos de Medicina, o primeiro na capital e o segundo implantado mais recentemente no Campus Avançado de Santarém, constituindo um processo de interiorização da formação e de desenvolvimento regional no Oeste do Pará. O curso é relativamente novo, tendo iniciado suas atividades em 2006, e possui um currículo integrado na modalidade de Aprendizado Baseado em Problemas (PBL). Sendo assim, não existem as tradicionais disciplinas, sendo os conteúdos e práticas distribuídos em módulos temáticos, com ensino predominantemente em pequenos grupos (tutorial), com estudos e pesquisas realizados a partir de problemas complexos previamente construídos, que procuram integrar conhecimentos, habilidades e atitudes. São 20 vagas para Medicina por semestre e o internato é de dois anos, sendo o último rodízio realizado nos municípios do entorno de Santarém (região do baixo rio Amazonas). O Internato Rural tem a duração de quatro meses e a supervisão (preceptoria) é realizada pelo médico do serviço onde são inseridos. As ações são principalmente de assistência, mas os estudantes também desenvolvem educação em saúde e participam das campanhas e atividades locais. As ações nas unidades fluviais têm influência do Projeto Saúde e Alegria, muito forte no início dos anos 2000, que aliou assistência com atividades artísticas em ações de educação em saúde junto às populações ribeirinhas do rio Tapajós (ver item 1.3.2).

A partir da definição e a concordância das universidades com a realização da pesquisa, iniciou-se enfim o trabalho de campo. No total, foram seis viagens que duraram entre sete e 10 dias, tendo como polos as cidades de Manaus e Santarém, de onde o pesquisador partiu para as observações de campo nas pequenas cidades do interior. A primeira viagem foi circunscrita às cidades-polo, onde houve os primeiros encontros e conversas com os coordenadores de curso e de internato, bem como representantes dos *campi* universitários locais. Na ocasião, foram coletadas as primeiras informações sobre o andamento do internato, a possibilidade das visitas *in loco* e os documentos necessários para análise. Foram realizadas também duas entrevistas (um estudante e um professor) em cada polo, que serviram de pré-teste para o roteiro.

A primeira visita também representou um momento-chave, quando foram tomadas decisões importantes:

a) Decidiu-se observar dos dois eventos de apresentação de relatório final do Internato Rural na UEA,¹⁷ ocasião em que, conforme as apresentações poderiam ser selecionados municípios, grupos, estudantes ou professores para visita, grupo focal ou entrevista.

b) O modo de seleção dos sujeitos de pesquisa (Quadros 1 e 2), que inicialmente utilizaria exclusivamente a técnica da “bola de neve”, passou a ser feito também a partir dos locais escolhidos para observação e das apresentações de relatório assistidas. Nessas novas modalidades de eleição, procurou-se entrevistar todos os estudantes do grupo que estavam finalizando o estágio, preferencialmente na própria localidade.

c) Os grupos focais como técnica de pesquisa seriam realizados nas duas experiências, mas decidiu-se que aconteceria apenas com as equipes multiprofissionais da UEA que eram mais numerosas, sendo os grupos da UEPA constituídos por apenas 2 ou 3 estudantes em cada município.

d) pela riqueza das primeiras entrevistas e pela tomada de decisão de realizar as demais *in loco*, optou-se pela realização de apenas uma entrevista por sujeito, acrescida da realização do grupo focal (caso da UEA).

Nas demais viagens, foram feitas as visitas aos seguintes municípios: Parintins, Borba e Tabatinga (AM), Vila de Alter do Chão/Santarém e Belterra (PA). A última viagem, que seria para o município de Juruti (PA), teve que ser cancelada, pois os internos já haviam voltado para a sede da UEPA em Santarém. As visitas *in loco* tiveram a duração de três dias em média. A imersão do pesquisador no campo e a realização das entrevistas e grupos focais na própria localidade, após períodos de observação direta e participante, possibilitaram um clima de cumplicidade entre pesquisador e sujeitos, o que facilitou a técnica escolhida, que privilegia a experiência e a autenticidade do conteúdo narrado.

¹⁷ Na UEA os estudantes apresentam relatórios finais em eventos a cada final de ciclo do internato rural, sendo constituída uma banca de professores para avaliação. Foram assistidas e gravadas oito apresentações nos dois eventos em que participei.

Quadro 1. Dados dos estudantes que participaram da pesquisa				
Sujeito	Idade	Curso - Universidade	Município	Técnica de pesquisa
Nelson	25	Medicina - UEA	Uricurituba (AM)	EP
Beth	24	Enfermagem - UEA	Borba (AM)	EP
Valter	26	Medicina - UEA	Parintins (AM)	EP; GF
Angenor	25	Medicina - UEA	Parintins (AM)	EP; GF
Marisa	25	Medicina - UEA	Parintins (AM)	EP; GF
Elton	30	Medicina - UEA	Parintins (AM)	EP; GF
Aracy	29	Odontologia - UEA	Parintins (AM)	EP; GF
Almir	22	Enfermagem - UEA	Parintins (AM)	EP; GF
Roberto	25	Odontologia - UEA	Borba (AM)	EP; GF
Leci	26	Enfermagem - UEA	Borba (AM)	EP; GF
João	27	Medicina - UEA	Borba (AM)	EP; GF
Clara	30	Medicina - UEA	Tabatinga (AM)	EP; GF
Alcione	27	Medicina - UEA	Tabatinga (AM)	EP; GF
Nei	32	Medicina - UEA	Tabatinga (AM)	EP; GF
Iranette	28	Medicina - UEA	Tabatinga (AM)	EP; GF
Wilson	24	Medicina - UEA	Borba (AM)	EP; GF
Ciro	24	Medicina - UEA	Borba (AM)	EP; GF
Martinho	41	Enfermagem - UEA	Tabatinga (AM)	GF
Martinho	39	Enfermagem - UEA	Tabatinga (AM)	GF
Dorina	26	Odontologia - UEA	Tabatinga (AM)	GF
Francisco	29	Medicina - UEA	Tabatinga (AM)	GF
Orlando	22	Enfermagem - UEA	Tabatinga (AM)	GF
Mario	29	Medicina - UEA	Tabatinga (AM)	GF
Bira	28	Medicina - UEA	Tabatinga (AM)	GF
Emilio	33	Medicina - UEA	Tabatinga (AM)	GF
Diogo	36	Odontologia - UEA	Tabatinga (AM)	GF
Antônio	26	Medicina - UEPA	Alter do Chão (PA)	EP
Jorge	26	Medicina - UEPA	Alter do Chão (PA)	EP
Jovelina	28	Medicina - UEPA	Alter do Chão (PA)	EP
Arlindo	25	Medicina - UEPA	Belterra (PA)	EP
Adoniran	25	Medicina - UEPA	Belterra (PA)	EP
Noel	29	Medicina - UEPA	Alter do Chão (PA)	EP
Guilherme	23	Medicina - UEPA	Belterra (PA)	EP
Teresa	23	Medicina - UEPA	Rurópolis (PA)	EP

EP: Entrevista em Profundidade; GF: Grupo Focal.

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Dados dos professores ou preceptores que participaram da		
Sujeito	Universidade	Técnica de Pesquisa
Ivone	UEA	EP
Alfredo	UEA	EP
Ismael	UEA	EP
Elza	UEPA	EP
Carmem	UEPA	EP
Silvio	UFAM	GF
Clementina	UFAM	EP; GF
Ernesto	UFAM	GF

Fonte: elaboração própria.

As entrevistas em profundidade foram realizadas, além de um encontro em local reservado, preferencialmente no próprio município, visando aumentar a proximidade entre os sujeitos e o pesquisador e facilitar o foco na realidade da experiência vivida. Conforme as normas de ética em pesquisa, antes das entrevistas foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) pelo estudante. As entrevistas sempre se iniciaram com perguntas mais amplas, visando criar um clima tranquilo e de confiança que permitisse que o próprio estudante entrasse em seu processo de narração da experiência. A partir disso, seguia-se um roteiro com questões abertas diferenciado para estudante e professor (Anexos 2 e 3), que nortearam minimamente a entrevista, sem no entanto criar interrupções desnecessárias nas narrativas, o que poderia impedir que a associação de ideias chegasse aos pontos em que os sujeitos consideravam importantes para a descrição da experiência. Conforme o andar das entrevistas, foram feitas algumas indagações não previstas inicialmente, motivadas pelo momento da narrativa, conferindo flexibilidade àquele momento e centralidade na pessoa e seu processo de narração. Da mesma forma, houve estímulo por parte do pesquisador para que os sujeitos contassem fatos e episódios ocorridos conforme cada temática abordada.

Em caráter complementar, foram entrevistados docentes e preceptores envolvidos com o Internato Rural, e outros sujeitos de importância para o contexto histórico e a situação atual dos programas, como foi o caso do professor que idealizou a primeira experiência de Internato Rural na Amazônia. O roteiro de entrevista foi específico para professores/preceptores, e houve adaptação das questões abertas conforme a posição do sujeito e sua importância para a pesquisa.

Em sua narrativa, em meio às histórias contadas pelos estudantes, eles fizeram reflexões sobre vários aspectos da profissão médica, da formação e de seu próprio itinerário formativo. Segundo Schraiber (1995), o que foi experimentado é externado enquanto trabalho de reflexão próprio, não sendo simplesmente uma entrevista a mais, mas a expressão de uma experiência própria do sujeito. “A entrevista recorta o cotidiano no objeto que propõe à reflexão e o irrompe por meio desta reflexão...” (p. 65). Na narrativa, o entrevistador reconstrói a sua própria experiência vivida, numa nova interpretação daquilo que viveu. Foi interessante notar que alguns estudantes mostraram-se surpresos com o significado imprimido por eles próprios à sua experiência, bem como alguns agradeceram e apontaram a importância da reflexão que tiveram a oportunidade de fazer para a significação do próprio aprendizado na experiência do Internato Rural.

Os grupos focais tiveram o intuito de proporcionar trocas de pontos de vistas e gerar constructos conjuntos sobre as vivências que os mesmos passaram no contato com a população local. O grupo focal foi conduzido e mediado pelo pesquisador, e as questões disparadoras foram adaptadas do roteiro de entrevista, com foco em questões mais polêmicas e de âmbito mais coletivo, tangenciando apenas as questões mais individuais e afetivas. Nesse caso, as narrativas foram entremeadas de diálogos que por vezes revelavam reflexões que não apareciam nas entrevistas individuais. Por serem mais longos e densos, recheados de narrações, interpretações individuais e coletivas, os grupos focais mobilizaram opiniões e afetos, exigindo por parte do pesquisador uma capacidade de condução distinta em cada grupo, considerando o caminho que o mesmo percorreu em sua abordagem do objeto.

A observação participante foi realizada em todos os momentos da vivência do pesquisador nas localidades visitadas (sede e município), e as descrições e impressões foram registradas no diário de campo ao final de cada entrevista, grupo focal ou dia de trabalho. Como contribuição estética ao campo, foi feita uma série de fotografias que podem aumentar a aproximação com a realidade do vivido em campo e mostrar de modo distinto a realidade, ao mesmo tempo em que trabalha a memória do campo e dá contornos visuais ao material de campo. Os registros foram sistemáticos e abrangentes, captando elementos do contexto local, das pessoas, das trocas entre estas e das situações vividas.

O rico processo de inserção no campo permitiu que o pesquisador apreendesse algo da realidade das pequenas cidades da Amazônia, usufruindo inclusive dos meios de transporte locais; ao mesmo tempo, proporcionou a vivência de uma amostra dos processos de interação que os estudantes têm com a realidade e a comunidade local. Nesse caminho, foram no total 33 dias de imersão em campo, proporcionando encontros com atores (estudantes, professores, gestores, preceptores e usuários) das universidades selecionadas na sede e em cinco localidades em que estavam acontecendo as experiências de Internato Rural. Foram realizadas 31 entrevistas, sendo 25 de estudantes e seis de professores/preceptores, além de cinco grupos focais, sendo quatro de estudantes e um de professores.¹⁸

No total, as entrevistas e grupos focais perfizeram 32 horas e meia de gravação. Além disso, o trabalho de campo permitiu observar a apresentação de relatório de oito grupos da

¹⁸ Inicialmente não havia sido previsto a realização de Grupo Focal com professores. Em um momento oportuno do período de trabalho de campo se desenhou a possibilidade de realizar um encontro entre professores: um que participou da construção da primeira experiência de internato rural na Amazônia, um que quando aluno participou de uma das primeiras experiências e uma que na época recebeu os estudantes em um município do interior do Amazonas e hoje participa da fase preparatória do internato rural. Todos eles da Universidade Federal do Amazonas. A realização desse grupo não seguiu o roteiro tradicional, se concentrando principalmente nos aspectos históricos da implantação do internato rural na Amazônia.

UEA e resultou no preenchimento de 151 páginas de diário de campo e utilização de dez documentos de interesse. Ao longo do trabalho de campo, foi utilizado também o critério de saturação das informações para determinar o término das entrevistas em profundidade e dos grupos focais.

Análise e aspectos éticos

Considerando a abordagem metodológica da pesquisa e assumindo que os métodos são complementares e capazes de elucidar diferentes aspectos da realidade, a realização de três técnicas de campo utilizadas na pesquisa (entrevistas em profundidade, observação direta e participante e grupos focais) possibilitou a triangulação de métodos. A estratégia não foi utilizada com o intuito de validar as informações, mas como enriquecimento da interpretação das narrativas, havendo a possibilidade de melhor entendimento do contexto e do objeto da pesquisa. Segundo Minayo (2006), a utilização de métodos heterogêneos permite construir uma visão caleidoscópica do fenômeno em estudo.

As entrevistas e grupos focais foram registradas em gravador de voz digital e transcritas literalmente, seguindo a narrativa dos sujeitos. Estas foram lidas, analisadas e confrontadas com o discurso gravado, sendo também levadas em consideração as reações e entonações que não figuram nas palavras escritas. As transcrições e os diários de campo foram analisados individualmente pelo pesquisador, com momentos de análise coletiva com a orientadora e com parceiros de pesquisa em momentos determinados, visando ampliar a capacidade de elaboração a partir do material empírico.

A análise partiu das narrativas e observações de campo, constituindo os constructos relacionados às três categorias analíticas da pesquisa, que representaram o que se denominou de fronteiras – *mundo, saberes e práticas e responsabilidade*. Essa configuração foi definida mesclando as questões exploradas nas narrativas acerca da experiência com o modo como foram narradas. As questões versavam basicamente sobre o encontro com a realidade, o diálogo com a população com foco para a pluralidade de saberes e práticas, e o aprendizado em seu domínio afetivo. Essa ordem permitiu que houvesse uma sequência na narrativa e uma boa representatividade das questões que se apresentam no itinerário formativo do estudante no Internato Rural.

Os resultados foram expressos através de textos analíticos privilegiando as narrativas dos entrevistados, com observações e comentários de permeio, que visam dar maior clareza às representações dos mesmos sobre os fenômenos vividos e relacioná-los com os aspectos do

pensamento de Hannah Arendt em sua crítica da modernidade, assim como as questões importantes para a prática médica. Os fragmentos de narrativa foram apresentados na íntegra, com eventuais e pequenas modificações que permitem que o leitor entenda o conteúdo e o discurso do narrador.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre (UFAC), sob o parecer nº 345.875 (Anexo 4). Houve apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os entrevistados. As entrevistas foram arquivadas em computadores próprios do pesquisador, não sendo divulgados ou expostos trechos ou a íntegra em outros meios que não sejam com fins de difusão dos resultados da pesquisa nas publicações decorrentes da mesma. A identidade dos entrevistados foi preservada, mantendo-se as recomendações de sigilo das informações. Nas citações que foram incluídas na tese ou nos artigos publicados, os sujeitos entrevistados foram referidos com nomes fictícios, acompanhados da designação “docente” quando foram específicos dessa categoria.

1 BASE EPISTEMOLÓGICA E CONSTRUÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 O mundo da Amazônia e a relação com a saúde e com a educação médica

A educação é o ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele e, com tal gesto, salvá-lo da ruína que seria inevitável não fosse a renovação e a vinda dos novos e dos jovens. A educação é, também, onde decidimos se amamos nossas crianças o bastante para não expulsá-las de nosso mundo e abandoná-las a seus próprios recursos, e tampouco arrancar de suas mãos a oportunidade de empreender alguma coisa nova e imprevista para nós, preparando-as em vez disso com antecedência para a tarefa de renovar um mundo comum.
Hannah Arendt (2009, p. 247)

Partimos dessa citação de Hannah Arendt por ela reunir alguns elementos da base epistemológica da pesquisa e revelar o tom em que situamos as discussões em torno da educação, sua importância para o mundo e do Internato Rural na Amazônia como expressão desse mundo nos Itinerários Formativos dos estudantes de Medicina. Dentro das reflexões sobre o campo da educação, a autora deixa marcado seu caráter ético-político¹⁹ ao centrar o pensamento na noção de responsabilidade e, ao mesmo tempo, deposita sua esperança no advento do novo, abordando a relação de ensino-aprendizagem em torno do mundo. Essa citação já constitui nexos entre as três categorias principais desta pesquisa: *Mundo, Saberes e Práticas e Responsabilidade*. É da noção de mundo em Hannah Arendt e seu desvelamento para o contexto da pesquisa que penso encontrar caminhos para a formulação de um pensamento crítico sobre a questão da prática e da educação médica na Amazônia.

Fazendo transparecer sua filiação fenomenológica, Arendt se refere ao mundo como um artifício humano, um conjunto de coisas que estão entre os homens. Trata-se de um mundo de artefatos construídos pelos homens em sua constituição histórico-cultural. Não se trata somente das coisas que nos rodeiam, mas “um espaço construído pelo trabalho e constituído pela ação” (ALMEIDA, 2011). Um mundo de aparências onde nós, homens, vivemos em relação (ARENDR, 1997).

Ao ressaltar o amor ao mundo (*amor mundi*), Arendt defende sua apresentação aos novos através dos processos educacionais, para que os mesmos o conheçam, se apropriem de sua história, seu passado e seu processo de construção, e possam ter a liberdade de criar o novo no futuro (ARENDR, 2009). Apesar de apontar para a perspectiva futura, com a elaboração da ideia de *amor mundi* ela não apresenta uma proposta de solução, mas diz um

¹⁹ A perspectiva ético-política de Hannah Arendt na educação se baseia no compromisso e responsabilidade com o mundo em que vivemos – vide item 1.2.3.

não ao totalitarismo e à sociedade de massas que favorece tendências uniformizadoras dos fenômenos. Arendt tampouco quer manifestar um sentimento amoroso sobre a vida íntima. A autora desenvolve seu pensamento sobre o amor na leitura de Agostinho, em sua tese de doutorado, e o qualifica não como um sentimento particular, mas um desejo da coisa “por ela mesma” – portanto, direciona-se a algo que está fora de nós, mas do qual possamos participar (ALMEIDA, 2011, p. 87-88).

Por isso, para Arendt a atividade mais digna da *vita activa* é a ação que só se faz no mundo e na pluralidade. O *amor mundi* diz respeito à realização do ser humano, que sozinho pode muito bem ser *animal laborans* ou *homo faber*, mas sem se dirigir a outros por meio de atos e palavras deixa de constituir esse espaço comum que lhe permite tornar-se realmente humano.

Embora a análise que faz sobre o ser e o fazer na modernidade em *A Condição Humana* (ARENDR, 1997) seja considerada um tanto quanto pessimista no campo da filosofia política, Arendt se revela uma autora esperançosa, e essa esperança é manifestada no conceito de *natalidade*. Para Arendt, nascemos para a vida (subsistência) mas também para o mundo, sendo este último aspecto o que quer manifestar quando utiliza o termo *natalidade*. É o que advém desse termo é justamente a possibilidade da construção do novo por aqueles que estão por vir. É através da natalidade que se tem a possibilidade da ação política na construção de um espaço de encontros, diálogos e aparências, no que denomina de *espaço público*. E a condição necessária para a constituição de um espaço público é a visibilidade, o reconhecimento do e pelo outro, como lugar para a emergência do comum, o lugar da partilha, da construção de um efetivo diálogo.

Trazendo essas categorias centrais do pensamento de Hannah Arendt para o começo de um pensamento sobre a prática médica e os itinerários formativos na Amazônia, cabe inicialmente tentar responder às seguintes perguntas: quando nos referimos ao contexto da Amazônia, qual é o mundo que se apresenta para os novos? E quem são esses outros de quem estamos falando, tão importantes para a constituição do espaço público?

1.1.1 Amazônia Legal: do paraíso perdido à última fronteira de desenvolvimento

Quando se fala da Amazônia, logo nos remetemos a representações afetivas de duas vertentes: ou aquele imenso santuário intocado, onde atualmente se depositam as esperanças de salvação do planeta através da sua preservação, um “eldorado ameaçado”; ou um local inóspito de difícil convívio, onde as condições naturais ameaçam a sobrevivência humana, um

verdadeiro “inferno verde” (THÉRY, 2005). Essa visão já era presente em escritos de Euclides da Cunha no início do século passado, na coleção de textos hoje intitulada *Um Paraíso Perdido* (CUNHA, 2003a). É também retratado nas descrições de expedições do passado, realizadas por equipes de médicos e outros cientistas como as de Alexandre Rodrigues Ferreira, que estudou as plantas medicinais no século XVIII (PÔRTO, 2008), e a de Carlos Chagas, no início do século passado.

Como afirma Leandro Tocantins, no prefácio de *Um Paraíso Perdido*, Euclides da Cunha repetiu na Amazônia, em 1903, o que fez em *Os sertões*, clamando, acusando e estigmatizando o drama de brasileiros nos locais de vida mais difícil. O autor descreve com eloquência e riqueza de detalhes a realidade de uma “terra que, para ser bem compreendida, requer o trato permanente de uma vida inteira”. Já naquela época, Euclides da Cunha refletia sobre a relação entre as pessoas que habitam as regiões ribeirinhas e o meio ambiente, constatando que “o homem ainda é um intruso impertinente, sem ser esperado nem querido – quando a natureza ainda estava arrumando o seu vasto e luxuoso salão” (CUNHA, 2003a, p.22 e 27).²⁰

Nas descrições históricas da Amazônia, há que se destacar essa característica romântica de se referir à relação entre os rios caudalosos e a floresta imponente, como inicialmente em Alexandre Rodrigues Ferreira (2008, p. 33):

As margens dos rios que tenho navegado, todos são bordadas de inúmeras árvores e arbustos aquáticos, o Morotó, o molongó, [...] a sumaumeira e outras. Servem-lhes de guias, que as equilibram, infinitos cipós [...] que se entrelaçam uns com outros, parecendo todos, quando estão floridos, outros tantos festões pendentes, que aos olhos do espectador atento oferecem perspectivas mui pitorescas.

E posteriormente, em Euclides da Cunha (2003a, p. 53):

Era a flora salvando a terra numa luta onde vislumbra uma inteligência singular: aqui enfileirando as aninguas de folhas rijas, rebrilhantes e agudas à feição de lanças, em estacadas unidas para o combate das águas; além, estendendo diante das correntezas referias de sedimentos os reteários e os filtros das canaranas e dos aturizais; por toda a banda, alongando e retorcendo os tentáculos flexíveis dos mangues em urdiduras inextricáveis, em cujas malhas infinitas o lodo quase diluído vai transmudando-se em solo resistente; inventando depois a anomalia dos arbustos-cipós e ajustando sobre tudo aquilo os longos traços de união dos galhos estirados das apuiranas e dos juquiris – até acavar-se no primeiro firme, que se vai construindo um alto miritizeiro, abrindo no azul os seus enormes leques sussurrantes e renunciando a floresta que vem logo após, impressionadora e majestosa, destruindo de repente toda a monotonia daquela imensidade nivelada com as frondes das samaúmas, altas e redondas, a ondearem nos semfins das paisagens como se fossem colinas...

²⁰ Falas de Euclides da Cunha comentadas no prefácio de Leandro Tocantins em *Um Paraíso Perdido*.

Assim como essa relação entre os rios e a floresta, os autores descrevem também o clima quente e úmido próprio da região, as enchentes, as friagens e outras intempéries características da floresta tropical. A partir dessas descrições, temos ideia de como historicamente a Amazônia é representada enquanto mundo para o homem que adentra seu território. A floresta e as particularidades ambientais podem até ser consideradas fenômenos naturais, mas as representações sobre as mesmas, tal como são descritas, são construídas pelo homem e mediadas por sua cultura. Essa noção é importante para sua apropriação crítica e para o desenvolvimento da responsabilidade com esse mundo pelas pessoas mais novas (natalidade) a partir da educação (ARENDDT, 2009).

Mais do que as características ambientais, é interessante notar na reconstituição desse mundo a característica do povoamento da área ribeirinha e do interior da floresta (“centro”), em busca de matérias-primas, principalmente o látex, e as relações de exploração por que passaram esses povos, retratando a constituição histórica desse outro a quem nos referimos.

O povoamento dessa região partiu do encontro de povos indígenas que já habitavam o local, migrando das terras do sul ou do leste, fruto da expansão do povoamento nestas regiões, ou ainda de outros países como Peru e Colômbia, com os colonizadores que foram se instalando seguindo os cursos dos rios. “O homem, em vez de senhoriar a terra, escravizava-se ao rio. O povoamento não se expandia: extirava-se” (CUNHA, 2003a, p. 169). Nesses encontros, é descrito o fenômeno das *correrias*, expedições organizadas pelos patrões dos seringais com homens armados que avançavam sobre os povos indígenas, havendo matança e apresamento, sendo muitos homens escravizados para o trabalho com a seringa e o *caucho*,²¹ e as mulheres e crianças geralmente capturadas (WOLFF, 1999).

Nesse processo de povoamento, vale destacar os movimentos migratórios induzidos do nordeste para a Amazônia, com a grande seca do final do século XIX e início do século XX, fenômeno que se repetiu posteriormente na década de 40 do século passado, durante a Segunda Grande Guerra, com o recrutamento dos “soldados da borracha”. Ambos os movimentos tiveram como objetivo final a obtenção de mão de obra para a extração do látex. Euclides da Cunha descreve em detalhes o processo acontecido no fim do século XIX, comprovando a exploração a que se submeteu o seringueiro, que para ele “trabalhava para escravizar-se” (CUNHA, 2003a).

O sertanejo saía do Ceará já devedor de uma importante quantia que recebia para a viagem de barco e para sua preparação, visando ao futuro ofício como seringueiro. Ao chegar

²¹ A denominação *caucho* se refere à árvore *Castilloa elastica* que produz uma grande quantidade de látex e a técnica de extração é o corte da árvore para retirada total da seiva (WOLFF, 1999).

ao seringal, recebia novo empréstimo referente aos utensílios que adquiria, incluindo aí bacias, boias, terçados (facões) e rifles, além dos de uso doméstico. O seringueiro iniciava seu trabalho devendo uma quantia já impagável e ainda era obrigado a comprar seus mantimentos no armazém de seu senhorio. Não havia quantidade de látex colhido que pagasse sua dívida. “Os regulamentos dos seringais são a este propósito dolorosamente expressivos. Lendo-os, vê-se o renascer de um feudalismo acalcanhado e bronco” (CUNHA, 2003b, p. 31). A descrição termina quase numa sentença, proclamando o trabalho escravo oculto em meio à floresta...

É natural que ao fim de alguns anos o freguês esteja irremediavelmente perdido. A sua dívida avulta ameaçadoramente: três, quatro, cinco, dez contos, às vezes, que não pagará nunca. Queda, então, na mórbida impassividade de um féla desprotegido dobrando toda a cerviz à servidão completa. O “Regulamento” é impiedoso: Qualquer freguês ou aviado não poderá retirar-se sem que liquide todas as transações comerciais... (CUNHA, 2003b, p. 31).

Os demais povos que viviam na floresta, notadamente a população indígena, eram encarados por Alexandre Rodrigues Ferreira (2008) e outros autores (LIMA; POZZOBOM, 2005) numa perspectiva evolucionista típica darwiniana, numa espécie de sobrevivência por seleção natural. Vê-se a partir daí a vida cotidiana do ribeirinho e dos povos da floresta, de forma geral, com importante carga dramática.

Com o declínio do ciclo da borracha, houve diminuição do fluxo econômico na região, resultando num processo de acomodação das relações sociais no interior da Amazônia, com inevitável movimento migratório para a periferia das cidades e a permanência de alguns grupos populacionais nas regiões ribeirinhas de maneira esparsa. A população indígena acabou por se aproximar da sociedade como um todo, tanto pela relativização, por falta de credibilidade, da visão social de determinismo evolucionista, quanto pelos movimentos de luta por cidadania e demarcação das terras por eles implementada, assim como sua inserção, mesmo que fragilizada, na economia local (LIMA; POZZOBOM, 2005).

Em que pese ter havido um novo e fugaz ciclo da borracha na década de 40, como mencionado anteriormente, a região só teve verdadeiramente uma nova inserção na economia nacional com os incentivos às fronteiras agropecuárias de orientação Sul-Norte com base no desmatamento da floresta. Esse movimento impactou principalmente o sul do Pará, o norte de Mato Grosso e o estado de Rondônia, resultando em grandes áreas de desmatamento e na criação de uma zona de tensão que envolve a pressão pela expansão dessas fronteiras e a resistência de base ambientalista (THÉRY, 2005).

Embora ainda seja hegemônica a perspectiva desenvolvimentista com base na cultura agropecuária, atualmente já se reconhece a importância da preservação da floresta, o que se reflete na implantação de projetos de desenvolvimento sustentável. Théry (2005) chama a atenção para que se deixem de lado as abordagens afetivas sobre a Amazônia, que a consideram ora como “inferno verde” ora como “eldorado ameaçado”, e que se configure a sua situação no cenário nacional no que se refere às políticas públicas e a importância humana e econômica frente aos desafios que se apresentam na atualidade.

1.1.2 Os desafios do SUS na Amazônia Legal

O que chamamos de Amazônia Legal representa a manifestação do mais extenso bioma do país, abrangendo 59% do seu território. Essa designação foi criada por lei datada de 1966 para estabelecer políticas específicas para a região (VIANA et al., 2007). Trata-se da maior bacia hidrográfica e a área de maior biodiversidade do mundo. Lá vivem mais de 20 milhões de pessoas (12,3% da população nacional), sendo 30% no interior da floresta (BRASIL, 2013a). A densidade é de apenas 4,2 habitantes por km², sendo a do Brasil 20 hab/km². Segundo Théry (2005), é a grande reserva de espaço do país, sendo praticamente a última fronteira de migração e expansão. Seu PIB representa apenas 5% do total, o que é produto de uma hierarquia de lugares para a implantação de empresas, que se instalam onde há maior rentabilidade e lucratividade (VIANA et al., 2007).

Théry (2005) estudou os efeitos das mudanças ocorridas a partir da década de 60 com as correntes migratórias vindas de outras regiões. A abertura de rodovias e as melhorias nas hidrovias e nas telecomunicações têm mudado econômica e estrategicamente a situação da Amazônia. As políticas públicas realizadas no final da década de 90 e início dos anos 2000, específicas para a Amazônia, privilegiaram claramente a perspectiva desenvolvimentista. O sul e o leste da região já estão incorporados ao projeto econômico nacional, com destaque para a agropecuária, enquanto o norte e o oeste ainda são espaços de reserva. “A velha Amazônia dos rios, no centro da bacia, continua ignorada pelas políticas públicas” (THÉRY, 2005, p. 43). Destaca-se a incipiência e ausência de efetividade das políticas sociais para a região, o que deixa a população que vive na floresta em situação de invisibilidade.

Na perspectiva do desenvolvimento sustentável, é essencial que esse contingente seja reconhecido e haja investimento na sua permanência na região, já que sua cultura ecológica,

ou seja, o tipo de relação que tem com o ambiente local, tem grau de sustentabilidade²² maior que os imigrantes recentes (LIMA; POZZOBOM, 2005). Para isso, as políticas de saúde e educação devem alcançar o interior dos estados e se adaptar às necessidades de sua população.

Viana et al. (2007) estudaram as políticas de saúde para a Amazônia Legal na primeira metade da última década, abordando especificamente a questão da regionalização. Os autores ressaltam que esse aspecto do SUS tem sido tratado no âmbito intraestadual, não incorporando uma lógica territorial mais abrangente que responda, por exemplo, às necessidades de uma área com as especificidades da Amazônia Legal. O que resulta desse fato é a fragmentação das políticas, com iniciativas esporádicas de abordagens das áreas menos favorecidas como é a região ribeirinha. Exemplo disso foi o Plano de Saúde da Região Norte (Planorte), lançado em 1999, que não logrou êxito por inúmeras dificuldades em sua implantação.

Considerando essa perspectiva, as ações de saúde implantadas na Amazônia representam não mais que políticas nacionais adaptadas à região, de três formas distintas: a) com recorte positivo para a Amazônia (incentivo à pesquisa, financiamento da Estratégia Saúde da Família, financiamento de ações contra endemias); b) com grande repercussão na Amazônia (financiamento de hospitais de pequeno porte, saúde indígena, região de fronteiras); e c) com prioridade para a Amazônia (apoio técnico aos estados, capacitação e fixação de profissionais) (VIANA et al., 2007). Daí, pode-se concluir que as políticas de saúde da Amazônia pouco obedecem a uma perspectiva regional na lógica territorial.

Concordando com esse ponto de vista, Oliveira (2005) advertiu sobre as desigualdades na distribuição da rede de serviços e recursos financeiros entre a Amazônia Legal e as demais regiões do país. E exemplifica com a Estratégia Saúde da Família, que segue a mesma lógica normativa para todo o país, não levando em conta a complexidade de interiorização dos profissionais de saúde nos municípios de pequeno porte, onde não há recursos humanos necessários e a geografia local dificulta o acesso aos serviços.

Ainda que se considere avançado o processo de gestão do SUS no que diz respeito à engenharia institucional construída nos últimos anos, é importante ressaltar que esse processo de indução não deu conta de contribuir para criar estratégias de constituição da política de saúde que fossem adaptadas à realidade de cada região. A lógica normativa dos programas, na maioria das vezes, é única, e não possibilitou em seu escopo uma flexibilização que incorporasse as características epidemiológicas, sociais e econômicas de cada região. (OLIVEIRA, 2005, p. 115).

²² Entende-se por *sustentabilidade* a capacidade de uma dada população de ocupar determinada área e explorar seus recursos naturais sem ameaçar o ecossistema local original (LIMA; POZZOBOM, 2005).

O sistema de saúde na Amazônia Legal é eminentemente público (78%), sendo as principais estratégias de atenção às populações que habitam a floresta a Estratégia Saúde da Família, através dos municípios, e a atenção à saúde indígena organizada pela Funasa, em uma lógica não diferente do cenário nacional. As unidades hospitalares se concentram nas cidades acima de 200 mil habitantes, que respondem por apenas 30,9% da população da região (OLIVEIRA, 2005). O índice de leitos é de 1,86 para cada mil habitantes, abaixo do índice preconizado pelo Ministério da Saúde (de 2,5 a 3 leitos por mil habitantes). Em 2005, 19% dos pequenos municípios contavam apenas com um posto de saúde e 30 deles não possuíam nenhuma unidade de saúde (MOTA, 2005).

As diferenças existentes no cenário Amazônico para estratégias de Atenção Primária ainda não respondem adequadamente aos grandes desafios que se colocam. Um exemplo é a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em longos trechos ribeirinhos onde a população vive numa distribuição esparsa. Em que pese a tentativa de diminuir a relação de ACS por famílias, ainda persistem dificuldades logísticas do trabalho no dia a dia, já que o único meio de acesso a essas famílias é por via fluvial. Ampliando para a atuação da equipe como um todo, permanecem dificuldades de acesso tanto das famílias a uma Unidade de Saúde, quanto na atuação dos profissionais em visitas domiciliares e ações no território. Mota (2005) refere que grande parte das Equipes de Saúde da Família funciona sem o profissional médico.

Somente em 2012 a constituição diferenciada das equipes para o atendimento da população ribeirinha entrou efetivamente na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), no capítulo de Atenção a Populações Específicas. Nesta são definidos dois tipos de equipes: I – ESF²³ Ribeirinha; e II – ESF Fluvial (desempenha suas funções na Unidade Fluvial) (BRASIL, 2012). Já em 2013 foi aprovada a Portaria ministerial nº 290, que instituiu a construção de unidades fluviais pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), tendo havido a inauguração da primeira em janeiro de 2013 – Unidade Fluvial Igarapu, em Borba (AM). Além das unidades, a PNAB também regulamenta o número de Agentes Comunitários de Saúde por equipe, carga horária, período de viagem e a necessidade da presença de microscopistas e/ou bioquímicos na equipe, conforme o tipo de equipe e a região.

Em relação à saúde indígena, a partir de 1999 foram constituídos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que em tese funcionariam com uma lógica própria,

²³ ESF – Equipe de Saúde da Família

considerando as especificidades culturais dessa população, no que se denomina *atenção diferenciada*.²⁴ Inicialmente, foram celebrados convênios entre a Funasa e outras instituições, principalmente ONGs com inserção na questão indígena, para a formação dos DSEIs. Apesar de algumas experiências exitosas, esse modelo sofreu com problemas estruturais, como as dificuldades com financiamento e constituição das equipes. Além disso, o modelo adotado pouco avançou num diálogo entre culturas, muitas vezes representando um aumento da medicalização desses povos, contribuindo para a aculturação e dificuldades em manter práticas de cuidado próprias (PÉREZ GIL, 2007).

As desigualdades em relação ao sul e sudeste do país são expressivas, desde os indicadores de morbi-mortalidade até a baixa concentração de profissionais, principalmente médicos, e de instituições formadoras na área da saúde. Soma-se a isso a dificuldade em fixar médicos na região, sobretudo nos municípios do interior, junto às populações ribeirinhas, assunto que será mais bem esmiuçado no item 1.3.3.

Uma parte dos municípios da Amazônia não conta com profissionais médicos, sendo essa necessidade muitas vezes suprida com a contratação temporária ilegal de médicos estrangeiros sem CRM. Outra característica da região é a participação de profissionais das Forças Armadas nos municípios de fronteira, por vezes a única opção de atenção à saúde dessas populações.

No ano de 2004, foi lançado o Plano Saúde Amazônia (BRASIL, 2004), no contexto da implantação, pelo governo federal, do Programa de Desenvolvimento Sustentável para a Amazônia. Este plano foi fruto das atividades desenvolvidas por um grupo de trabalho composto por representantes de todas as secretarias estaduais, além da Funasa e Anvisa. Foi estruturado a partir de seis macroeixos:

- Educação e trabalho em saúde;
- Saúde indígena e outras populações em situação de vulnerabilidade;
- Gestão descentralizada e participativa;
- Atenção à saúde;
- Ciência, tecnologia e inovação;
- Vigilância em saúde.

²⁴ O conceito de *atenção diferenciada* é utilizado tradicionalmente no campo da saúde indígena e se refere ao diálogo entre culturas, com a articulação entre os saberes e práticas da biomedicina e a forma de autoatenção tradicional dos povos indígenas. Não se trata apenas de incorporar aos serviços de saúde as práticas tradicionais, mas de produzir um diálogo que possa resultar em ações congruentes com a realidade local levando em consideração as concepções sobre o adoecimento e as práticas de autoatenção (SILVEIRA, 2013).

Dentre os objetivos principais do programa, figuram a ampliação da qualificação do acesso ao SUS; a promoção da interiorização dos profissionais de saúde, com processo de educação permanente; a adequação da Estratégia Saúde da Família às especificidades regionais, sobretudo no que diz respeito às dificuldades de deslocamento, dispersão populacional e grandes distâncias; e, finalmente, a revisão do modelo de gestão da atenção à saúde indígena (BRASIL, 2004).

Como se observa nesses objetivos, o Programa Saúde na Amazônia se propôs a enfrentar os principais problemas existentes no sistema de saúde na região, porém sua inserção junto ao cotidiano do trabalho em saúde acabou não se efetivando. Somente no início dessa década, com a entrada do contexto ribeirinho na PNAB, é que começou a se efetivar uma política diferenciada, mas ainda muito restrita à implantação de unidades fluviais, carecendo ainda de um debate mais profundo sobre essa população no que concerne a sua realidade e aos saberes e práticas em saúde próprios da região, numa aproximação efetiva com o contexto cultural regional.

Fazendo um pequeno balanço dos 25 anos de SUS no contexto da Amazônia, permanecem ainda grandes desafios, que contêm em si a lógica territorial própria da região, com grandes distâncias geográficas, dificuldades de acesso, isolamento, diversidade populacional e desigualdades sociais. Além disso, é importante ressaltar as dificuldades de diálogo entre a medicina ocidental (biomedicina) e as concepções e práticas locais, também chamadas de medicina tradicional (BUCHILETT, 1991a), sendo este um objeto que assume centralidade neste trabalho. Não obstante, é preciso salientar que a capilaridade que o SUS alcançou após a expansão da Estratégia Saúde da Família, aproximando as ações de saúde do cotidiano de vida da população, vem possibilitando a emergência de experiências inovadoras que favorecem a ocorrência desse diálogo entre culturas.

1.1.3 O diálogo entre culturas médicas na Amazônia

Uma das características mais interessantes da Amazônia, e talvez ainda pouco abordado ou aproveitado pelo poder público, é a diversidade e os encontros entre culturas no campo da saúde, que tornam a região um imenso espaço público de diálogo (campo da ação política) em torno dos saberes e práticas de cuidado. Pensando nos itinerários formativos dos estudantes de Medicina e nas manifestações de poder na área, reunimos, para efeito deste trabalho, em dois campos principais as práticas realizadas: a medicina ocidental, ou

biomedicina, e a medicina tradicional, que abrange um conjunto heterogêneo de práticas populares realizadas na Amazônia.

Hannah Arendt, em sua crítica da modernidade, faz uma análise do processo de surgimento da ciência como produtora da verdade, resultando na instrumentalização do mundo e na universalização e padronização das formas de pensar e fazer, independentemente de qual mundo estamos falando (ALVES NETO, 2009). Ou seja, as verdades científicas se aplicariam a qualquer realidade, não importando sua cultura ou especificidades locais.

Trazendo para o campo da prática médica e fazendo nexos com aportes das ciências sociais, recorreremos a Madel Luz, que também tece sua crítica ao pensamento moderno. A autora situa a Medicina no campo das ciências sociais, não porque considera a questão dos determinantes sociais sobre a saúde, mas principalmente porque trabalha no cotidiano de suas práticas eminentemente com categorias consideradas pela autora como biossociais, como por exemplo, o corpo, a relação dos seres humanos com esses corpos, a mente, o sentimento, o sofrimento e a morte (LUZ, 2004a). Em sua análise sobre a profissão, a autora ressalta o caráter uniformizador do modelo biomédico, muitas vezes levando à negação de outras racionalidades e deixando em segundo plano o caráter relacional da prática médica. Entende-se por modelo biomédico a expressão institucional e política da biomedicina, que se caracteriza por um conjunto articulado de concepções e práticas que tem na categoria “doença” seu principal objeto (CAMARGO, 1997). Sua ascendência na produção do conhecimento médico tem forte expressão na constituição de uma base socioeconômica e política para geração de uma cadeia produtiva, influenciando os processos formativos e se constituindo como a cultura médica hegemônica.

Apesar da expressão de novos paradigmas em diversas áreas, a racionalidade científica moderna é a forma como se organiza o pensamento sobre o mundo e sobre a vida, ainda atualmente. O termo “racionalidade”, tal como definido por Luz (2004a), representa um “conjunto de princípios de organização dos saberes e de sua ordenação no mundo”. A autora recompõe as raízes de tal racionalidade nas rupturas e descontinuidades com o modo de pensamento medieval, no século XVI durante o período do Renascimento. A ruptura se dá inicialmente no campo da filosofia e das artes, e encontra ressonância nos mais diversos campos culturais, econômicos e até políticos. A principal descontinuidade diz respeito à dessacralização das representações sociais e à emergência da ciência como forma de produção de sentidos (LUZ, 2004a).

Em resposta a uma natureza divinizada, a ciência se baseia na objetividade e na razão. A observação da realidade e sua recriação através do experimento constituem o método de

produção de verdades, vistas através de modelos matemáticos e constituições mecânicas de sua estrutura (LUZ, 2004a). Sua ressonância para o campo da Medicina se deu com a abertura dos cadáveres, quando os órgãos internos puderam ser examinados e as lesões decorrentes de processos de adoecimento, desvendadas (FOUCAULT, 1998). A partir desse processo de mudança de paradigma, a ciência médica voltou-se para a compreensão das doenças e tornou-as objeto principal de sua prática, deixando as pessoas em segundo plano.

Camargo (1997) caracterizou a racionalidade biomédica como a medicina do corpo, das doenças e das lesões. Essa virada epistemológica resultou em importantes transformações na prática e no ensino da Medicina, inicialmente na constituição dos hospitais como locais da pesquisa, da descrição das doenças e do ensino sobre as mesmas. A saúde passou a ser entendida como ausência de doenças, acentuando o dualismo entre o normal e o patológico. Além disso, todas as manifestações que não pudessem ser explicadas objetivamente foram relegadas, na negação de tudo o que não pode ser explicado cientificamente.

Buchillet (1991b), em análise da relação entre a biomedicina e o que chamou de medicina tradicional, referindo-se às concepções e práticas dos povos que vivem na Floresta Amazônica, chama a atenção para a descontinuidade radical entre as duas racionalidades, assentada nas diferenças entre as perspectivas “empírico-racional” e “mágico-religiosa” que caracterizariam as mesmas, respectivamente. A autora ressalta que, embora essa dicotomia oriente o pensamento de médicos e outros profissionais de saúde em relação à medicina tradicional, ela não corresponde estritamente às formas de apreensão das relações entre saúde e doença no cotidiano daquela população. Existem evidências de que certas representações e práticas constituem um embrião de uma racionalidade científica, que poderiam ser mais bem aproveitadas, tais como os saberes botânicos e a farmacopéia indígena.

Alguns autores que atuam no campo da saúde indígena (FOLLÉR, 2004; LANGDON, 2004) tem trabalhado com o conceito de *intermedicalidade*, que seria a zona de contato onde ocorre os processos de troca e diálogo que, marcados pela assimetria de poder existente entre a biomedicina e outras racionalidades, acabam por produzir práticas híbridas com influência do pensamento científico moderno. O termo é utilizado na perspectiva das relações de colonização, onde “o poder colonizador detém o direito preferencial de interpretação, e o direito de decidir qual conhecimento deve ser valorizado” (Fóller, 2004, p. 134). A zona de contato vista sob o prisma da intermedicalidade, não considera uma dicotomia entre a biomedicina e medicina tradicional no diálogo entre as culturas, mas admite um encontro marcado pela expressão de poder, resistência e fusão de conhecimento nos discursos e nas atitudes dos atores envolvidos.

São inegáveis os avanços obtidos com os desdobramentos da racionalidade biomédica, e não se deseja aqui diminuir sua importância e as melhorias que trouxe à saúde e à vida das pessoas. Não obstante, é importante que exerçamos o pensamento crítico no sentido de reconhecer seus limites e os caminhos a que tem se derivado. Um exemplo de limite se refere à emergência das doenças crônico-degenerativas e o sofrimento psíquico como problemas de saúde pública, bem como a caracterização dos condicionantes sociais desses agravos, o que Luz (2004b) chama de “fragilidade social”. Estas são condições cujo cuidado requer o reconhecimento de sua complexidade, e a racionalidade biomédica não é suficiente para produzir respostas satisfatórias, levando então a uma crescente procura ao sistema de saúde sem a devida resolutividade. Um dos principais caminhos a que esse pensamento tem levado é a organização produtiva que se conforma ao redor da entificação das doenças, envolvendo indústrias farmacêuticas e de equipamentos, entidades médicas e instituições formadoras, no chamado *complexo médico-industrial*. Este atualmente é capaz de produzir e reproduzir necessidades de saúde, levando a um processo de medicalização da sociedade (LUZ, 1979; CAMARGO, 2005).

Com base no pensamento de Camargo (1997), a biomedicina, enquanto racionalidade, pode ser delineada em três proposições: a) o caráter mecanicista, sendo o universo uma gigantesca máquina subordinada a uma relação de causalidade linear entre seus mecanismos; b) o caráter analítico, com elucidação do todo (no caso a máquina), através do isolamento das partes, sendo o funcionamento do todo igual a soma das partes; e c) o caráter generalizante, dirigindo-se à produção de discursos com *validade universal*, propondo modelos e leis de aplicação geral.

No caso em questão, a biomedicina e sua reprodução através das escolas médicas tendem à uniformização de seus princípios para todas as culturas, limitando a manifestação de outras racionalidades com expressões culturais locais e as possibilidades de diálogo com as mesmas. Atualmente, a cultura ocidental tem na biomedicina a verdade sobre a prática médica, sendo muito pequena a expressão de outras práticas, chamadas genericamente de *medicinas alternativas e complementares*. No contexto da Amazônia, as concepções e práticas da medicina tradicional estão presentes nos itinerários terapêuticos²⁵ das pessoas, principalmente na região ribeirinha, onde as dificuldades geográficas e a forte expressão

²⁵ O termo *itinerários terapêuticos* foi utilizado no livro de Maria Andréa Loyola (1984) não apenas para designar as trajetórias assistenciais, mas caracterizando os encontros e desencontros da busca por cuidado levando em consideração as concepções e práticas tradicionais e os processos de escolha das pessoas nesse processo. Essa concepção foi utilizada em pesquisas e publicações relativamente recentes do grupo multicêntrico do Lappis (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

cultural condicionam os processos de busca por cuidado e as práticas de cura (BUCHILLET, 1991b). As representações sobre a doença são expressas nas experiências de adoecimento locais, com concepções próprias sobre saúde e doença, e as práticas de cura são realizadas sobretudo através da utilização de plantas medicinais e da realização de rituais, como as rezas e o xamanismo.

No campo das concepções sobre saúde e doença, cabe marcar algumas distinções com a biomedicina. Nessa perspectiva, Buchillet (1991b, p. 25) afirma que nas sociedades não ocidentais a doença não é pensada isolada da pessoa, em sua singularidade pessoal e social, e fora de seu contexto. Desta forma...

[...] não somente as conjunturas específicas (pessoais, históricas, etc.) que presidem a aparição de uma doença, como também as representações do mundo natural e das forças que o regem, as representações da pessoa e, por fim, as modalidades de relação entre mundo humano, mundo natural e mundo sobrenatural. Toda interpretação de doença é, assim, imediatamente inscrita na totalidade de seu quadro sociocultural de referência.

A ocorrência de uma doença normalmente suscita perguntas, como: “por que eu?”, “por que agora?”, “como?”, “que ou quem?” (BUCHILLET, 1991b). A biomedicina se ocupa principalmente com as duas últimas perguntas, deixando à margem as explicações que fogem a sua governabilidade. O problema é que o sofrimento transcende a capacidade de resposta centrada na doença, própria da biomedicina.

Kleinman et al. (1978) e outros autores brasileiros que constituem o campo da antropologia médica (OLIVEIRA, 2002; CANESQUI, 2003; TARGA, 2010) sistematizaram as diferenças de perspectiva entre a cultura biomédica e o ponto de vista de quem sofre, refletidas na diferença entre os significados das palavras *illness* e *disease*, traduzíveis respectivamente por enfermidade e doença. Entende-se por enfermidade...

[...] sua experiência submetida à interpretação do senso comum – uma forma de conhecimento eminentemente prático, sendo sempre experimentada, vivida, manipulada e negociada de diferentes maneiras, diferindo-se do saber médico, que concebe a doença como fenômeno patológico e biológico (CANESQUI, 2003, p. 118).

Sendo assim, a enfermidade se refere à experiência do sentir-se mal, que pode estar relacionada aos mais variados aspectos da vida e às representações sobre as sensações corporais e sua relação com o mundo. Na tentativa de esclarecer mais ainda o que se refere à

enfermidade,²⁶ Brown et al. (2010) sistematizam em quatro dimensões o que denominam de experiência de doença. São essas: os sentimentos em relação ao adoecimento (medo, raiva, culpa, etc.), as ideias a respeito do que se sente (o que acha que tem, o significado de ter ficado doente...), os efeitos da doença no funcionamento da pessoa (limitação da vida diária, alterações no relacionamento familiar...) e as expectativas em relação ao tratamento (necessidade de medicação, cirurgia...).

Na Amazônia, a medicina tradicional praticada por rezadeiras, curandeiros e pajés abrange também questões relativas à experiência de adoecimento e aos tipos de explicação anteriormente citadas, do “por que eu?” e “por que agora?”, tendo a possibilidade de dar respostas diferenciadas àquela população. Segundo Buchillet (1991b), na Amazônia predomina um tipo de representação sobre causalidade que qualifica de “personalística”, referindo-se a atribuição da doença a agentes exteriores humanos e não humanos (feitiçaria, espíritos, fantasmas, divindades etc.) e contrapondo-se às causas naturalísticas (frio, calor, humores etc...) próprias das sociedades orientais. As causas costumam estar descoladas dos sintomas e, nessa concepção, são mais importantes que os processos patológicos. A ocorrência da doença pode estar relacionada também a comportamentos socialmente desviantes ou à infração de regras culturais.

Uma diferença importante nas concepções relacionadas às causas e ao processo do adoecimento em relação à biomedicina é o autodiagnóstico, presente nas sociedades tradicionais, que tem importância na escolha da terapêutica. Os pacientes e suas famílias são agentes ativos na busca por tratamento “manipulando de maneira eclética” todos os recursos e alternativas terapêuticas disponíveis (medicina caseira à base de plantas, xamanismo, culto dos santos, medicina ocidental, etc.) (BUCHILLET, 1991b, p. 34). Na prática médica ocidental (biomedicina), o paciente geralmente é passivo, limitando-se a apresentar queixas, e logo subjaz a um interrogatório dirigido, na tentativa de enquadrá-las em alguma entidade nosológica naturalizada e padronizada universalmente.

Nas sociedades tradicionais, como nas populações ribeirinhas da Amazônia, de fato há esse ecletismo na busca pela cura, incluindo, é claro, práticas próprias da biomedicina, que em grande medida são utilizadas dentro de padrões culturais próprios. As populações indígenas, por exemplo, costumam utilizar medicamentos seguindo suas concepções sobre as substâncias de poder curativo, inclusive incorporando-os em rituais xamânicos, o que revela uma postura

²⁶ Os autores não utilizam o termo *enfermidade*, explicitando as dificuldades de tradução dos termos *illness* e *disease* para o português. Preferem então utilizar a expressão “experiência da doença” para a designação de *illness*.

ativa na relação com outras culturas (PÉREZ GIL, 2007). De certa forma, a biomedicina também incorpora à sua lógica outros tipos de prática, como a leitura das plantas medicinais pelo aspecto farmacêutico, cujos efeitos se devem unicamente às propriedades bioquímicas. Porém, segundo Pérez Gil (2007, p. 50), ela “se recusa a permitir que as fronteiras entre ela e outros sistemas se façam fluidas”.

As práticas da medicina tradicional de maior notoriedade na Amazônia são o uso das plantas medicinais e o xamanismo, bem com a atuação de rezadeiras, curandeiros e parteiras tradicionais. Os rituais muitas vezes são semelhantes, como a mediação por um artefato (objeto ou planta), as rezas e danças e a defumação. Muitos desses rituais derivaram das práticas de cura indígenas, chamadas genericamente de “pajelança”.

No passado, principalmente pela ausência de médicos e outros profissionais de saúde, essas práticas eram disseminadas inclusive nas grandes cidades. Nos primórdios do século XX, a pajelança alcançou as cidades e muito do que se conhece hoje como “reza” deriva dessas práticas advindas da cultura indígena (FIGUEIREDO, 2003).

Nas primeiras décadas do século passado, os representantes “oficiais” da medicina ocidental imprimiram uma perseguição à prática da pajelança nas cidades da Amazônia, envolvendo instituições como o governo, a polícia e notadamente a imprensa. Embora atuasse principalmente em favor da repressão aos curandeiros, a imprensa da época tinha um papel de “mediação de certo diálogo cultural”, o que transparece na citação abaixo.

[...] ter o beneplácito científico significava ganhar o status de verdade incontestável, justamente porque o método curativo teria, assim, obedecido a um teste ou a uma prova das leis científicas. Dentro desse critério, a pajelança jamais poderia ser pensada como uma ciência da saúde. Algumas vezes, no entanto, atribuía-se a ela a categoria de ciência. Isso ocorria nas próprias colunas de jornais, nas quais eram estampadas as notícias de diligências policiais às sessões de cura dos pajés. A ciência dos médicos, intelectuais e cientistas estava lado a lado, por várias vezes imbricada com a “ciência do pajé”. (FIGUEIREDO 2003, p. 282).

Embora ainda presente de uma forma geral, o uso da medicina tradicional tem diminuído ao longo das últimas décadas. Porém, no interior da Amazônia ainda constitui importante recurso de busca por cuidado. Santos (2000), em pesquisa sobre a medicina tradicional nos rios da Amazônia, aponta que na calha do rio Negro o povo em geral busca primeiro um rezador ou benzedor, prática que chega a incomodar as autoridades de saúde locais (representantes oficiais da biomedicina). Já no rio Purus essa busca parece ser mediada pela concepção do tipo de doença, sendo a reza a principal alternativa em caso de “doenças do espírito”. O autor também observou, corroborando achados de outras pesquisas, que as comunidades com maior grau de aculturação utilizam mais as plantas medicinais, com maior

conhecimento entre as espécies, enquanto nos povos mais isolados predominam as rezas e práticas xamânicas.

No caso das populações indígenas, especificamente, há uma heterogeneidade grande entre os povos. Entre os que possuem forte organização em que há preocupação com a manutenção da identidade cultural, as práticas de xamanismo e uso de plantas foram revalorizadas, embora as práticas biomédicas já sejam correntes e não estejam diminuindo por causa disso. Entre aqueles povos menos organizados, as práticas biomédicas já ocorrem, mas a busca por “remédios de farmácia” é feita sem critério e controle, com certa resistência a sua utilização. Nestes, o xamanismo e o uso de plantas medicinais ainda são os principais recursos terapêuticos buscados, o que é justificado pela proximidade dos costumes e sistema de pensamento entre a população e os pajés (PÉREZ GIL, 2007).

Em geral, o uso de plantas medicinais é bastante difundido na Amazônia e, segundo Santos (2000, p. 926), representa um “ponto de encontro entre permanências e rupturas culturais”, pois além de estar presente nas populações tradicionais, esse hábito se manteve e se modificou com as trocas interétnicas e com práticas advindas da medicina popular europeia no processo de colonização brasileira, assim como de hábitos de tradições africanas trazidas com a migração nordestina.

Já no século XVIII, Alexandre Rodrigues Ferreira sinalizava essas trocas, produzindo durante sua expedição um verdadeiro compêndio das moléstias da região, com a indicação de uma variedade de plantas medicinais, indicando o tratamento com recursos locais e o tratamento realizado ou indicado nos tratados europeus à época, também com forte presença da fitoterapia (FERREIRA, 2008). Com as trocas culturais entre as formas de tratamento com plantas medicinais, essa prática como é realizada hoje não é basicamente “nativa”, mas resultado de diversos encontros promovidos pelos movimentos de colonização, miscigenação e sincretismo próprios da história da Amazônia. Desta forma...

As populações, acostumadas a enfrentar, com seus próprios recursos, enfermidades que às vezes desconheciam, criaram novas técnicas de uso, descobrindo novas finalidades para as plantas que já conheciam, a partir dos dados recém-incluídos no seu dia-a-dia. Os saberes amazônicos, sistematizados em seus diversos matizes – indígenas e caboclos, seringueiros, madeireiros, pescadores, colonos, garimpeiros, balateiros, regatões etc. – consolidaram-se em suas práticas, destacando-se o uso dos “remédios do mato” como um de seus traços culturais mais marcantes. (SANTOS, 2000, p. 926).

Segundo Santos (2000), a utilização atual das plantas medicinais tem na noção de “remédio” uma questão central de sua prática. E um remédio pode não ser feito apenas de uma parte de uma planta, mas por vezes há uma mistura de plantas (“lambedores”), ou

inclusão de outros elementos do cotidiano, como penas de animais, pedras e até combustíveis. Para o autor, o processo de construção dessa tradição, como apresentada atualmente, é fruto de saberes oriundos de diferentes culturas, num sincretismo que inclui as práticas ancestrais e que não uniformizam os métodos de cura. “Quando os grupos inventam ou reinventam uma tradição, estão estabelecendo uma relação concreta de continuidade em relação a algum dado concreto de seu cotidiano” (SANTOS, 2000, p. 929). Embora reconheça a existência de espaços de troca, o autor expressa sua preocupação com a valorização da biomedicina entre os mais jovens, em detrimento dos saberes tradicionais. Isso não porque a cultura médica ocidental não deva ser valorizada, mas pelo risco de se perderem saberes e práticas ancestrais, já que as mesmas têm na oralidade e na confiança em sua eficácia seu modo de transmissão de geração para geração.

Pelas observações aqui realizadas, mesmo reconhecendo que a biomedicina tem caráter uniformizador e que houve de fato movimentos de repressão a tipos de prática tradicionais, existem indícios de que ao longo do tempo houve um processo de trocas culturais entre os sistemas de pensamento. Porém, elas parecem ter ocorrido mais pela utilização de uma prática na lógica de outra que por um processo de diálogo ou de compartilhamento de saberes. Este pensamento está congruente com a perspectiva da intermedicalidade, anteriormente colocada (FÓLLER, 2004), na composição de práticas híbridas, onde não se pode deixar de reconhecer a assimetria de legitimação de discursos entre as práticas tradicionais e a biomedicina.

Velho (1978) traz a questão do reconhecimento como semelhante através da classe social, no que chama de *cultura de classes*. Para o autor, podemos habitar a mesma localidade (país, cidade ou até bairro) de outras pessoas e não compartilhar de seus hábitos e das coisas que fazem sentido em seu imaginário. Assim como, mesmo distantes, em países diferentes, podemos ter preocupações semelhantes a depender da nossa posição na sociedade. Para Valla (1997), há uma “crise de compreensão” das classes populares pelos profissionais de saúde mediada pela cultura (principalmente a cultura de classes), o que cria um abismo na inteligibilidade entre os mesmos. Em que pese estarmos ainda diante desta problemática, as novas configurações do sistema de saúde no Brasil têm levado a mudanças nessa situação.

Recentemente, com o advento da Estratégia Saúde da Família e as novas políticas de saúde indígena baseadas na Atenção Primária, se estabeleceram novos espaços públicos, aumentando as possibilidades de um diálogo entre culturas. Embora ainda haja necessidade de fortalecimento das estratégias, com processos de trabalho adaptados às necessidades locais e formação específica de profissionais, elas se mostram promissoras, pois têm possibilidades de

alcançar uma capilaridade não vista ainda no sistema de saúde e de aproximar a atuação dos profissionais com o cotidiano da população. Um ponto diferencial é a atuação dos Agentes Comunitários e Indígenas de Saúde, que, por habitarem a localidade e pertencerem aos povos, têm a possibilidade de mediar esse diálogo, adquirindo importância estratégica no desenvolvimento de um sistema de saúde que reconheça a importância dessa prática.

Com a implantação desses novos dispositivos no Sistema de Saúde mais próximos às populações rurais e de outras etnias, cresce a importância da habilidade de lidar com a diversidade cultural e de reconhecer a relação entre os processos de adoecimento e cura com aspectos ligados à cultura dessas pessoas. Tal habilidade tem sido designada como competência cultural, e é considerada como atributo da Atenção Primária e ressaltada como característica de uma boa prática médica junto a essas populações (TARGA E OLIVEIRA, 2013).

Há em curso um processo de institucionalização de algumas práticas tradicionais, como é o caso das plantas medicinais e das parteiras tradicionais. Em 2006, já amparada na ampliação da Atenção Primária no Brasil, foi lançada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, com preocupações como o acesso seguro, a sustentabilidade e o desenvolvimento da cadeia produtiva (BRASIL, 2006). Algumas precauções devem seguir esse processo, como por exemplo, a possibilidade de supressão da tradição de oralidade do aprendizado que está nas raízes culturais do uso de plantas. Não obstante, a iniciativa não deixa de ser um alicerce para a possibilidade de diálogos no cotidiano das práticas junto às populações ribeirinhas. Recentemente, foi construída uma proposta de qualificação das equipes de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para implementação das diretrizes do uso de plantas medicinais e fitoterapia no SUS, com vistas à ampliação dessa prática no cotidiano dos serviços (RODRIGUES et al., 2010).

É crescente o número de pesquisas realizadas sobre a utilização de plantas medicinais na Estratégia Saúde da Família (ARNOUS et al., 2005; França et al., 2007; BRASILEIRO et al., 2008). Esses geralmente procuram saber sobre o conhecimento e o uso de plantas na comunidade e o ponto de vista dos profissionais de saúde. Apesar de apontarem para a falta de preparo dos profissionais no uso terapêutico das plantas, relatam uma boa aceitação por parte desses e um alto percentual de utilização por parte da população. Esse movimento realizado por meio de ações na Atenção Primária, no contexto da comunidade, poderá favorecer as possibilidades de diálogo e a emergência de novas práticas híbridas que levem em consideração o saber da população do interior.

É fundamental que se multipliquem experiências de ensino e aprendizagem junto a

essas populações, e que sejam explicitadas as possibilidades de diálogo através de bons exemplos profissionais e de debates sobre a questão. Como nos ensina Hannah Arendt, somente conhecendo esse mundo, dando visibilidade a essa população e sua cultura, podemos decidir por nos responsabilizar pelo cuidado com a mesma.

1.2 Itinerários formativos e crise na educação médica

Quando se fala em *itinerário formativo*, logo se remete a um possível caminho que determinado educando ou grupo deles percorre em direção a determinada formação. Geralmente esse termo é utilizado no campo da educação profissional, sendo um referencial organizativo para uma formação com vistas ao preenchimento de determinada ocupação no mercado de trabalho. O termo é definido no Decreto Presidencial nº 5.154/2004 (BRASIL, 2004), específico da educação profissional, como o “conjunto de etapas que compõem a organização da educação profissional em uma determinada área, possibilitando o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos”. Esta definição é utilizada para a organização de processos formativos em educação profissional, a exemplo da rede das escolas técnicas em saúde e aquelas do sistema “S” (p.ex: Senac).

Embora haja essa especificidade, o termo é também utilizado em publicações sobre a educação superior, designando trajetórias de formação em determinada área do conhecimento, destacando caminhos e aspectos desse percurso (LEAL; MOREIRA, 2012). Ramos (2013) ressalta que as bases organizativas dos currículos é que definem grande parte dos *itinerários formativos*, mas que em concepções mais atuais de formação e inserção no mercado de trabalho, algum grau de flexibilidade e de autodeterminação também está presente nesse caminho, em coerência com a heterogeneidade dos estudantes, suas experiências anteriores e seus planos futuros de inserção no mundo do trabalho.

No presente trabalho, o termo alinha-se às publicações do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas em Integralidade em Saúde (Lappis), que vem trabalhando com a noção de *itinerários terapêuticos* em pesquisas recentes (PINHEIRO; MARTINS, 2008) e que ampliou a perspectiva quando publicou a coletânea de seu XII Seminário, intitulada *Integralidade sem Fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. Dessa forma, a concepção do termo *itinerário formativo* nesta tese não se limita aos percursos dos estudantes em direção à formação em Medicina, embora em alguns momentos dos resultados esses aspectos apareçam de forma mais marcante. Refere-se principalmente a algumas questões com que o estudante se depara nessa trajetória de formação, mais especificamente na

experiência do Internato Rural, que podem qualificá-la na perspectiva da integralidade das práticas em saúde e do cuidado como valor. Desta maneira, os itinerários formativos não representam apenas os caminhos, mas as questões que afetam os saberes e práticas dos estudantes, e os dilemas que aparecem em seu percurso de formação, os quais designamos de *fronteiras*.

Apesar de a Amazônia ser uma área de ampla fronteira no território brasileiro, este trabalho não se refere às mesmas ao usar tal terminologia. As fronteiras aqui são como a *Terceira Margem do Rio*, de Guimarães Rosa,²⁷ onde o pai, tido como *homem cumpridor, ordeiro e positivo*, em nada diferente dos outros pais da região, num repente se coloca na posição do diferente, questionando e chocando o senso comum. Opta então por permanecer na estranheza de outra verdade, aquela que não está estabelecida. A ideia de fronteira se aproxima dessa alusão metafórica à ruptura com a normalidade, representando uma zona que não é visitada. São áreas de transformações, de crises, de mudanças de paradigma, que pretendemos visitar no que tange ao campo da educação médica, à relação ensino e aprendizagem e ao desenvolvimento de atitudes que têm seu *ethos* na noção de responsabilidade e no cuidado como valor.

1.2.1 Que médico estamos formando? Da crise à ação política para a transformação da Educação Médica no Brasil

O campo da Medicina não é algo estático, mas constitui espaço social onde os atores estão em meio a tensionamentos com interesses diversos, que nem sempre têm o cuidado com o usuário como centro, envolvendo a prática médica, a produção de conhecimento e o campo da formação. As escolas médicas constituem centros de seleção e legitimação da prática médica, ou seja, as inovações passam por um processo de aprovação pelas instituições de ensino para serem consideradas pelo campo. Este papel é exercido de diversas maneiras, sendo a mais comum a incorporação da “inovação prática” ao currículo do curso de Medicina (GARCÍA, 1972).

A partir dessa assertiva, podemos pensar numa primeira indagação pertinente a esta seção: podemos falar em crise na educação médica? Embora no senso comum a palavra *crise* esteja associada a um contexto negativo, Hannah Arendt considera crise como “um momento ótimo para intervenção, quando se desestabiliza o que era estável, um momento crucial no

²⁷ O conto de Guimarães Rosa “A Terceira Margem do Rio” foi publicado no livro *Primeiras Estórias*, da Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1988, p. 32.

qual as coisas se definem”.²⁸ Considerando as transformações na educação médica vivenciadas nas últimas duas décadas, tensionando o modelo hegemônico na tentativa de formar médicos mais próximos às necessidades da população, diríamos que é possível afirmar que há, de fato, uma crise na educação médica no Brasil.

A concepção de crise como oportunidade permite construir respostas a um conjunto complexo de novas demandas sociais e de saúde, para as quais a formação médica tradicional, com base no modelo biomédico, se mostra limitada. A formação de profissionais é uma importante ação que pode trabalhar conhecimentos e atitudes necessárias para lidar com essa realidade.

Para evidenciar esse processo de transformação, é importante abordar alguns marcos históricos que, embora não traduzam seu caráter processual, dão concretude ao conjunto de concepções e práticas vigentes à época. São bastante comentadas no campo da educação médica as supostas repercussões do *Relatório Flexner* no modo como foram estruturadas as ações de formação para a área. Trata-se de um estudo sobre as escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá, encomendado pela Associação Médica Americana à Fundação Carnegie, e realizado na primeira década do século passado. Seu relatório foi publicado em 1910, tendo como organizador principal Abraham Flexner, a quem se atribui a autoria de seus resultados, e ainda são objeto de polêmica. Embora o relatório seja ambíguo em suas afirmações e categorizações,²⁹ as principais correntes de pensamento da saúde coletiva e da educação médica do Brasil sustentam que o relatório deu ênfase à especialização e radicalizou no reforço ao modelo biomédico aplicado ao ensino da Medicina (MENDES, 1996; LAMPERT, 2002). Em contraposição, Almeida Filho (2010), em análise bastante consubstanciada do relatório, considerando a biografia de Flexner e o contexto do início do século passado, sustenta que muito do que se atribui ao relatório são ideias equivocadas, em parte fruto do contexto de luta e resistência contra a ditadura militar, que passava quase que obrigatoriamente por uma ideologia antiamericana e rejeição de concepções supostamente herdadas do imperialismo estadunidense. Sendo assim, o autor relacionou cinco mitos e duas omissões dessas correntes de pensamento:

Mitos: conteudismo pedagógico; biologismo anti-humanista; tecnologização da prática; medicina curativa individualista; submissão às corporações médicas. [...]

²⁸ Citação de Carvalho no vídeo *Hannah Arendt e a Crise na Educação*, produzido pela produtora Atta Mídia e Educação, na série *Filósofos e a Educação*.

²⁹ A divisão em capítulos do *Relatório Flexner* faz algumas categorizações (“A educação médica para a mulher” e “A educação médica para os negros”), provavelmente pertinentes à época, mas estranhas ao mundo atual, podendo representar por um lado, o contexto discriminatório vigente à época, e por outro, alguns avanços na inclusão dessas parcelas da população na educação médica naqueles países.

Omissões: faculdades devem ser integradas a Universidades [...]; formação universitária prévia à formação profissional” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2.240).

A primeira omissão, que foi a recomendação de que os cursos de Medicina fossem integrados às universidades, ao contrário das intensas críticas do campo, parece ter sido uma ação para diminuir a ligação de faculdades isoladas a grupos de interesse econômico e também para diminuir a característica de feudos dos cursos de Medicina ligados a universidades, que Henry Pritchett (presidente da Fundação Carnegie) qualificou na introdução do relatório de *imperium in império*.³⁰ Por esses mitos criados, pelo contexto da época e pelos dados biográficos de Flexner em sua relação com o campo da educação, de fato parece injusto atribuir grande parte das consequências negativas do ensino médico e da biomedicina ao autor do relatório, não se justificando, a nosso ver, embora haja quase uma consagração no campo, a utilização da designação “modelo flexneriano”.

Não obstante essa análise crítica das interpretações sobre o *Relatório Flexner*, parece ser consenso que o mesmo teve influência no ensino médico ainda hoje hegemônico, principalmente na reorganização do conhecimento numa base disciplinar e possivelmente na divisão em ciclos básico e profissional (ALMEIDA FILHO, 2010).

O modelo hegemônico de ensino da Medicina, supostamente engendrado sob influência das recomendações do relatório, tem como característica o ensino da Medicina baseado no estudo do corpo humano em sua normalidade, nos níveis orgânico, tecidual e molecular, e nas suas alterações como produtoras de doença, e em última análise, no estudo dessas doenças. Os currículos dos cursos são predominantemente disciplinares, com pouca integração entre estas e com uma nítida separação entre o ciclo básico e o clínico. A ênfase é na biologia e na especialidade, e o único cenário de prática é o hospital universitário (LAMPERT, 2002).

Embora tivesse tido amplo reconhecimento na época e tenha exercido essa influência em diversos países, alguns problemas que vivemos hoje na prática médica mostram estreita relação com as características do modelo hegemônico, motivando posteriormente uma análise crítica sobre esses processos.

A partir do momento em que a docência passou a ser realizada predominantemente por especialistas, verificou-se um processo de especialização precoce já no âmbito da graduação. Esse processo, aliado à maior valorização do superespecialista no mercado de trabalho, acentuou a fragmentação do conhecimento, limitando o olhar do futuro médico e

³⁰ Citação em latim.

diminuindo a capacidade de uma visão integral sobre o ser humano em suas relações. Essa dificuldade é ampliada pela ênfase no estudo das doenças a partir de suas alterações fisiológicas e bioquímicas, como se elas ocorressem da mesma forma em todas as pessoas, ou seja, a partir da uniformização de seus aspectos de vida. A pessoa, como encarada nesse modelo de ensino, se mantém em segundo plano, só importando enquanto carreadora de uma doença, que é estudada sob o ponto de vista de uma especialidade.

O dualismo linear entre teoria e prática é a base da clivagem existente entre os ciclos básico e clínico que predominou nos currículos de Medicina até o final do século passado. Essa separação deriva da ideia de que se deve ter uma base teórica anterior ao aprendizado prático. A crítica que se faz a esse tipo de desenho curricular é que apenas no terceiro ano o aluno tem contato com pessoas, tidas como pacientes, geralmente internadas em um hospital. Esse modelo relega um dos principais atos da prática médica, a relação com o outro, a um evento tardio em sua formação e condicionado ao aprendizado de seus determinantes biológicos anteriores. Percebe-se como possível consequência a dificuldade em se relacionar com pessoas na condição de médico, reforçando a atitude diretiva e prescritiva que lhe é peculiar, pois repousa no terreno em que domina (biomedicina). Além disso, limita sua capacidade de escuta, o que diminui a possibilidade de compreensão da perspectiva do paciente, que tem relação com sua cultura e a experiência do adoecimento. Outro problema decorrente dessa separação é a dificuldade que se tem de “aplicar” os conhecimentos trabalhados no ciclo básico quando o aluno chega à clínica, onde a possibilidade de ser médico já começa a ser uma realidade. Dentro da linha de pensamento da aprendizagem significativa (PELIZZARI et al., 2002), que abordaremos mais adiante, aqueles conteúdos iniciais fazem pouco sentido no momento em que são trabalhados, o que dificulta sua apreensão por parte dos alunos. São então vistos como conteúdos que se deve decorar, e por consequência são facilmente esquecidos.

O hospital universitário, como único ou principal cenário de prática, é outra característica desse modelo que traz consequências sérias à formação médica. A peculiaridade dessa unidade repousa no fato de que geralmente é um hospital terciário pouco integrado ao sistema e concentrando quantidade expressiva de especialidades e pessoas com problemas graves, menos frequentes, e que necessitam de um aparato tecnológico mais denso para o diagnóstico ou tratamento. O estudo clássico de White et al. (1961) aponta um dos principais problemas decorrentes da concentração das práticas em hospitais universitários. Em última análise, o estudo demonstra que o ensino médico focaliza a raridade dentre os problemas de saúde, já que apenas uma pessoa em mil precisaria ser internada em uma unidade como esta.

Esse fato criaria uma distorção no aprendizado, já que os problemas mais frequentes não são ou são pouco abordados, com os quais o médico vai lidar no cotidiano de sua prática após formado.

O isolamento do hospital universitário em relação ao sistema é outro problema que agrava essa distorção, pois se os problemas de saúde são distintos “dentro” e “fora” dessa unidade, as condições de trabalho, a disponibilidade de equipamentos e o processo de trabalho também o são. Essa distinção é fruto da criação de “ilhas de excelência” para o ensino, enquanto a realidade das outras unidades hospitalares é bem diferente. Há então um abismo entre o ambiente “protegido” em que o estudante se insere, e o cotidiano do trabalho fora desse ambiente, criando dificuldades para a prática médica após o processo de formação.

Outro problema decorrente da prática exclusiva em unidades hospitalares é o distanciamento em relação ao contexto real do sistema de saúde (que pode ser visto como uma manifestação da alienação em relação ao mundo arendtiano). Se a perspectiva biomédica já não privilegia os aspectos que podem estar relacionados com o adoecimento, como as relações de família, tensões no trabalho, sexualidade etc., o ambiente hospitalar torna difícil a apreensão desse mundo pelo estudante, pois isola os pacientes do seu cotidiano de vida. O estudante, então, em grande parte das situações, não tem a menor ideia de quem é aquela pessoa que está ali e se ela, inserida em seu cotidiano de vida, é capaz de lidar com seu tratamento ou até mesmo se não favoreceria a piora de seu estado.

Analisando criticamente os aspectos do modelo hegemônico, pode-se perceber algumas das situações que estão na base da dificuldade do diálogo entre culturas. Alguns autores (LUZ, 1979; CAMARGO, 1997) apontam que as instituições formadoras atuam como reprodutores da cultura biomédica inserido no *modus operandi* do complexo médico-industrial.

Principalmente a partir da segunda metade do século XX, começou-se a questionar que médico estaríamos formando. Essa indagação teve a contribuições de estudos como o de Howard Becker e colaboradores – *Boys in White* – publicado em 1961. O trabalho se tornou um clássico da área das ciências sociais em saúde ao realizar uma descrição etnográfica do cotidiano dos estudantes de Medicina em uma escola médica dos Estados Unidos, não numa perspectiva estruturalista, mas procurando compreender os conflitos subjetivos e intersubjetivos envolvidos nessa fase da formação. Os autores se depararam com uma pergunta que perpassa todo o período de formação, iniciando nos primeiros anos (ciclo básico) e se mantendo durante o período de aprendizagem clínica: em que aspectos da medicina devemos direcionar nossos esforços de estudo? Mesmo durante o período de

acompanhamento de pacientes no hospital, em que os estudantes sabiam um pouco mais sobre a prática médica, eles não tinham como saber o que vale mais a pena estudar, o que devem lembrar e o que merece mais atenção. Ao longo da descrição, os autores desenvolvem seu raciocínio procurando desvendar as questões envolvidas nesse caminho, ressaltando sempre que há muitas possibilidades de responder a essa questão dependendo do ponto de vista.

É nesse processo que a questão da responsabilidade aparece, mas em um sentido levemente distinto do tratado neste projeto. No estudo em questão, a responsabilidade se refere à ideia de autonomia sobre o manejo clínico dos pacientes, e é atrelada à noção de experiência médica, ou seja, o tempo de prática e a quantidade de vezes que já realizou tal procedimento (BECKER et al., 1961). Essa noção não obrigatoriamente representa as características ético-políticas que imprimimos à noção de responsabilidade neste trabalho, com base nas ideias de Hanna Arendt. É tratada mais como uma habilidade que o médico deve desenvolver, como propriamente uma atitude baseada em valores, como a consideramos. Os autores ressaltam que esses dois aspectos (responsabilidade e experiência) são bastante enfatizados na cultura médica e têm sido buscados por estudantes para a concentração de seus esforços de aprendizagem.

Nessa perspectiva, os autores observaram que no contexto do hospital universitário há várias categorias de aprendizes (residentes, internos, estudantes), formando uma hierarquia acadêmica clara, na qual o estudante ocupa o grau mais baixo. No cotidiano do hospital, a busca pelo aprendizado a partir das técnicas (entrevistas, procedimentos, atos cirúrgicos etc.) é sempre maior que a possibilidade de treinamento; sendo assim, os estudantes não têm a oportunidade, de maneira homogênea, considerando seu coletivo, de desenvolver responsabilidade através da experiência, pois sempre os mais graduados ou aqueles que conseguem desenvolver habilidades mais rápido a executam, permanecendo aqueles que têm mais dificuldade sem a oportunidade de adquirir experiência e responsabilidade (BECKER et al., 1961).

Os autores colocam que, por não saberem muito bem por onde se orientar para concentrar seus esforços, os estudantes acabam seguindo o exemplo dos hierarquicamente mais favorecidos: internos, residentes e professores. E apontam que provavelmente o corpo docente concordaria que o estudante, no ciclo profissional (clínico) deveria dedicar-se a dominar os princípios da medicina científica e as habilidades básicas envolvidas no seu trato com os pacientes. Ou seja...

[...] the student should use the opportunities his clinical training gives him to learn how to make good observations and use those observations to reason his way to the

best possible diagnosis. In working-up patients, the student should view each patient as an exercise in diagnostic reasoning and devote his effort to mastering this basic mode of scientific medical thought. He should try to master the skill of dealing with patient so that he will be able to work with the patient as a whole human organism instead of a collection of disease entities. If the student held such a viewpoint, he would know what to work on and where to put this effort (BECKER et al., 1961, p. 223).³¹

A afirmação, apesar de consubstanciada e objetiva, é carregada pelo referencial biomédico. Mesmo quando fala de uma mudança de olhar sobre o paciente, se refere a um “organismo humano”, não incorporando uma perspectiva ético-política dentre as possibilidades de resposta à questão.

O estudo de Becker e colaboradores tece algumas considerações importantes sobre o que acontecia com os estudantes durante a faculdade. Segundo os autores, as pessoas, inclusive os professores, tendem a concordar que a escola médica torna estudante mais cético³² do que quando ele entrou. Mas eles procuram desmistificar a questão e colocam que assim estaríamos encarando de maneira simplória uma situação complexa, pois esse julgamento depende também de quem julga e da situação em questão. Isso considerado, as observações dos autores os fizeram interpretar que os estudantes entram em grande parte altruístas, e que a faculdade não acaba com isso, mas usa de alguns artifícios que de certa forma os tornam mais frios, como a ênfase nas provas, na terminologia e nas técnicas e procedimentos. Os estudantes parecem, ao término do curso, manter certo grau de altruísmo, mas suas atitudes aparecem para os outros, principalmente os leigos, como frios, indiferentes ou arrogantes, muito por causa da linguagem excessivamente técnica ou pela postura diante do adoecimento ou da morte (BECKER et al., 1961).

Para Arendt, não há diferenças entre *ser* e *aparecer*; essas condições coincidem no espaço público. Somos o que fazemos perante o outro. Não basta focalizar sua atenção no conhecimento e na técnica e ser uma boa pessoa para si mesma, com “boas intenções”. Essa característica deve aparecer nas palavras e gestos (ARENDDT, 1997). Se há ainda algum grau

³¹ “Os estudantes devem usar as oportunidades que têm em seu treinamento clínico para aprender como fazer boas observações e usar essas observações para embasar seu caminho para a melhor hipótese diagnóstica. Os estudantes devem ver cada paciente como um exercício do raciocínio diagnóstico e dedicar seus esforços para evoluir em seu modo mais básico de pensamento científico médico. Ele deve tentar melhorar suas habilidades em negociar com o paciente, somente então será capaz de considerar o paciente como um organismo humano total, ao invés de uma série de entidades nosológicas. Se o estudante adquirir essa visão, ele vai saber o que estudar e aonde colocar seus esforços.” (Tradução própria)

³² Os autores utilizam o termo *cynical*, porém o definem como uma pessoa que não acredita no valor do que está fazendo e não se interessa em fazê-lo bem para outros, não equivalendo ao que chamamos de cínico. Os autores colocam como o antônimo de *idealism*, ou seja, aquele que acha que seu trabalho vale a pena e quer ajudar outros, que seria na nossa língua o altruísta. Nesse caso trata-se de algo entre ou relacionado a indiferente, frio ou aut centrado. Preferimos neste trabalho o termo “cético”, mesmo sabendo que talvez não seja a melhor tradução no caso.

de altruísmo, esse deve ser se reverter em atitudes congruentes com a noção de responsabilidade, tendo o cuidado como valor (STELET; PINHEIRO, 2011).

A responsabilidade em Arendt está vinculada à capacidade de *pensar*, que para a autora tem interesses inteiramente distinto do *conhecer*. Enquanto para o conhecer importa a cognição, para o pensar o que interessa é o significado das coisas. Almeida (2010, p. 855) chama a atenção que conhecer e pensar o mundo são fundamentais para a educação. Porém, a sociedade (e a escola) moderna “valoriza cada vez mais o conhecer e relega o pensar, enquanto busca de sentido, a um segundo plano, ou então o menospreza por ser pouco útil e por não obter resultados sólidos”.

De qualquer maneira, de fato parece haver um processo de enrijecimento moral a que se submetem os futuros médicos durante a faculdade. Sob o pretexto da necessidade de distanciamento e frieza em relação aos pacientes, o que diminuiria seu próprio sofrimento diante do adoecimento ou da morte, esse processo resultaria na formação de médicos que são incapazes de se afetar pelas suas próprias experiências, diminuindo seu juízo crítico em relação às situações vivenciadas e sua responsabilidade frente aos pacientes.

A análise de Hannah Arendt em sua crítica à modernidade vai ao encontro do que se observa no exercício da medicina e nas atitudes e escolhas dos médicos na atualidade. Em *A Condição Humana*, ela demonstra como as relações entre as atividades que constituem o que designa de *vita activa* – labor, trabalho e ação – se estabeleceram no mundo moderno. A ação, que é “a única atividade que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria”, sendo a essência da política, e condição primordial da prática médica, declinou em termos de importância para os homens. Ela foi instrumentalizada, chegando perto das atividades do *homo faber*, ou seja, do processo de fabricação inerente ao que autora chama de “trabalho”. Chegamos a ser fabricantes do próprio conhecimento. O trabalho, ou fabricação de objetos, condição própria da construção do mundo, foi subjugado ao mundo do consumo. Sendo assim, se aproximou da noção de labor, que corresponde ao processo biológico vital, em que se produz para o consumo imediato, para a manutenção da vida (ARENDRT, 1997). Com o advento da modernidade, cada vez mais consumimos as coisas que fazemos, e consideramos o trabalho como um meio para a sobrevivência. A medicina, como uma profissão que pode ter a sua essência a ação, foi instrumentalizada e reduzida a suas técnicas, e muitas vezes a prática médica parece ser exercida como um meio de sobrevivência.

Diante de tal constatação, pode-se perguntar: como é possível que o trabalho médico, que tem sua essência na ação, possa se aproximar da noção de fabricação ou labor? Na

própria obra de Hannah Arendt, tanto em *A condição humana* como em *Responsabilidade e julgamento* (ARENDR, 2004), podemos encontrar pistas dessa aproximação.

Na primeira obra, Arendt estabelece a distinção entre *que* e *quem* nas relações da vida ativa. Enquanto o *que* para o homem é o que ele tem em comum com outros homens, a exemplo de suas qualidades, posições na sociedade e títulos, ele só se singulariza através do *quem*, ou seja, daquilo que ele fala e age, suas ações. Acontece que, segundo Arendt, “no momento em que desejamos dizer *quem* alguém é, nosso próprio vocabulário nos induz ao equívoco de dizer o *que* esse alguém é” (ARENDR, 1997, p. 194). Hoje, o status social do médico é mais importante que a maneira como ele desempenha seu trabalho ou as coisas que ele realiza. Os ingressantes nos cursos de Medicina muitas vezes justificam sua procura visando estabilidade social e financeira, e não por opção congruente com sua visão de mundo ou no mundo, numa relação entre vocação e posição política.

Outro ponto de vista que nos ajuda a desvendar as possibilidades de responder à pergunta colocada é a ideia de “banalidade do mal”, que a autora desenvolve após vivenciar a experiência do julgamento do oficial nazista Adolf Eichmann, responsável pela deportação dos judeus para os campos de concentração. Ao decidir acompanhar o julgamento, Arendt supôs que fosse encontrar um tirano em pessoa, mas para sua surpresa, o homem que se encontrava sentado de frente ao júri, “naquela redoma de vidro”, não passava de um homem comum. Ele apenas não era capaz de pensar naquilo que estava fazendo, era incapaz de ter juízo crítico de seus atos. Daí o termo *banalidade*, ou seja, tratar como normal uma coisa que na realidade não o é. Eichmann justificava seus atos com o discurso carregado de clichês de que estava apenas cumprindo ordens. Ou seja, não passava de mais um burocrata no sistema, onde se não fosse ele, seria outro. Nessa análise, Arendt relacionou a posição do oficial com a metáfora do “dente da engrenagem”. O sistema seria a engrenagem e seus executores seriam os “dentes”, que por não serem capazes de pensar, apenas ajudariam a impulsionar o sistema, não importando seus fins. Colocando a culpa no sistema, Eichmann tentou se eximir da sua responsabilidade, pois se todos são culpados, ninguém o é. Arendt reforça que o oficial nazista tinha responsabilidade pessoal sobre seus atos, pois o mesmo tinha a possibilidade de escolha de não fazer, mesmo que fosse punido por isso (ARENDR, 2004).

Guardadas as devidas proporções, pois não estamos falando de um mal comparável ao ocorrido em regimes totalitários, a ideia da falta de juízo crítico e a burocratização das relações está presente em diversos setores da sociedade, sendo uma experiência muito cotidiana (ASSY, 2004), também afetando a área médica. Pode ser difícil aceitar, mas observa-se que boa parte dos médicos é incapaz de refletir sobre o que está fazendo no dia a

dia, faltando-lhes juízo crítico frente a situações que envolvem seus pacientes. Isso acontece quando se prescreve uma medicação que o paciente é incapaz de adquirir ou fazer uso, ou quando atendemos a um morador da região rural ou ribeirinha e o encaminhamos para uma unidade de referência que fica a dias de barco, muitas vezes sem necessidade, ou ainda quando não respeitamos sua cultura e impomos mudanças de comportamento de acordo com o referencial biomédico.

Acontece também quando coloca a culpa no sistema de saúde por uma falha ou como justificativa para o não uso de todo seu potencial, que pode variar da negação de um atendimento até a obediência cega a regras operacionais. Mas essa ideia de Hannah Arendt se aplica especialmente quando o médico exerce sua prática sem um pensamento crítico sobre o modelo biomédico, permanecendo limitado em suas ações e não conseguindo responder adequadamente às necessidades das pessoas, por vezes reproduzindo pensamentos e práticas engendradas pelo complexo médico-industrial, seguindo a tendência de medicalização da sociedade, podendo levar a resultados iatrogênicos em seus pacientes.

As instituições e os processos de formação têm forte implicação nessa situação. Durante o curso, o estudante de Medicina é imerso em uma visão mecanicista em que o corpo humano se objetifica em uma máquina, onde as reações fisiopatológicas determinam as doenças, que são, em última análise, a categoria central do trabalho médico. É para onde as ações se dirigem, numa tentativa de detectá-las e tratá-las, abrindo um terreno fértil para as indústrias farmacêutica e de equipamentos, que através de estratégias midiáticas de massa perpetuam esse círculo vicioso que envolve profissionais, empresas do setor e instituições formadoras (LUZ, 1979). Esse sistema tem uma tendência a ser, nas palavras de Arendt, *burocratizante* e *autoexplicativo*. Para burocratizar o trabalho médico, embota-se sua capacidade de se afetar, de pensar e de julgar, e o insere num universo de conteúdos e práticas uniformizadoras. Um dos desdobramentos disso é a progressiva medicalização da vida em sociedade e a ideia de que cada um é “culpabilizado” por seu adoecimento, num padrão baseado no consumo de produtos e serviços, eximindo os médicos da responsabilidade daquele a quem assistem.

Diante do quadro que se apresenta na análise acima, que embora não seja generalizado se encontra presente em grande medida na medicina, outras indagações podem emergir para o debate. Seria possível ajudar a transformar essa situação a partir de ações de formação? O contexto de crise na educação médica e os movimentos de mudança de modelo assistencial podem no futuro trazer respostas mais consistentes. Nos tempos atuais, vivemos em pleno

processo de transformação, que não só foi impulsionado pelas críticas ao médico que estamos formando, mas também pelas alterações que o sistema de saúde vem sofrendo.

Nas últimas décadas do século XX, essas mudanças nos sistemas de saúde começaram a ocorrer em diversos países do mundo. Tendo a Atenção Primária como eixo desse processo, influenciaram também de maneira marcante as novas tendências para o ensino médico. Como destaques desse processo, pode-se apontar a criação do *National Health Service*, na Inglaterra em 1948, com inspiração no informe Dawson (WHO, 1920), que já propunha um desenho de rede para o sistema, e a Conferência de Alma Ata, em 1978, que reuniu 134 países em torno do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e consolidou o slogan da OMS “Saúde para todos no ano 2000” (WHO, 1979).

No Brasil, o processo de transformação do modelo assistencial se deu conjuntamente com a luta pela redemocratização do país nos estágios finais da ditadura militar, sendo marcado por ideais do que se denominou Reforma Sanitária. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a criação do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988 e sua regulamentação através das Leis nºs 8080 e 8142, são os principais marcos histórico-legais desse movimento (BAPTISTA, 1996). Posteriormente, já na segunda metade dos anos 1990, houve um processo de fortalecimento da Atenção Primária, através da criação e expansão da Estratégia Saúde da Família que hoje já alcança mais de 35 mil equipes em todo o país. Embora os movimentos de transformação do ensino médico no Brasil sejam concomitantes às mudanças no sistema, as novas práticas de formação foram marcadamente influenciadas pelas mesmas, estando de certa forma imbricadas e resultando em efeitos retroalimentadores.

Como se pode observar, o final do século passado parece ser uma época de pensamentos convergentes na crítica ao mundo moderno e seus efeitos na sociedade, o que se reflete na área médica e em sua formação, com propostas curriculares inovadoras e avaliação de escolas médicas.

Algumas experiências efetivas de transformação do ensino médico aconteceram ao longo da década de 90 do século passado. Um exemplo foi o projeto UNI (Uma Nova Iniciativa na educação dos profissionais de saúde) financiado pela Fundação Kellog e implantado em algumas universidades brasileiras e da América Latina, com inspiração em experiências como as da *McMaster University*, no Canadá, e da *Maastricht University*, na Holanda. O projeto enfatizou a integração docente-assistencial, e teve repercussão no Brasil através das experiências pioneiras da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). As mudanças abrangeram a estrutura curricular (currículo integrado por competência), o modelo pedagógico, com aprendizagem

baseada em problemas (PBL) e ensino centrado no aluno, e a forma de gestão, com a participação de usuários e representantes do serviço nas decisões (FEUERWERKER, 2002).

A Rede Unida foi resultado da junção dos Projetos UNI com as iniciativas de Integração Docente-Assistencial (IDA), incentivada por agências de fomento internacionais, gerando interação com a rede principalmente em experiências de Atenção Primária. Até os dias atuais, a Rede Unida é um dos principais fóruns de debate sobre os modelos de ensino-aprendizagem na área da saúde.

Na mesma época, os debates em torno da necessidade de avaliação das escolas de Medicina ganharam corpo, principalmente como reação à proposta de implantação do exame de ordem para os médicos, que colocava a responsabilidade nos problemas de formação sob os egressos dos cursos de Medicina. Esse debate teve como arena os fóruns da Associação Brasileira de Educação Médica e resultou em um processo nacional de avaliação do ensino médico, o Projeto CINAEM (Comissão Interinstitucional, Nacional de Avaliação do Ensino Médico), que reuniu diversas entidades médicas³³ na tentativa de realizar uma avaliação ampla das escolas num processo que durou quase dez anos, tendo propiciado ambiente adequado para uma reflexão sobre a formação médica no Brasil (LAMPERT, 2002).

O projeto se propôs a realizar uma avaliação transformadora das escolas, atuando não de fora para dentro, mas num processo de autotransformação, tendo como principal eixo o modelo pedagógico. Em sua terceira fase, obteve adesão de cerca de 60% das escolas médicas, mas algumas grandes escolas tradicionais não participaram. Embora não tenha alcançado a totalidade das escolas, o Projeto CINAEM gerou movimento suficiente para impulsionar as mudanças no campo da educação médica como um todo, influenciando a formulação das novas diretrizes curriculares nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina, publicadas em 2001 (BRASIL, 2001).

As diretrizes têm em seu cerne as características do médico que se deseja formar, o que é claramente manifestado na já clássica citação, bastante conhecida no meio da educação médica. No nível de graduação, o médico deve ter:

[...] formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e

³³ A comissão foi constituída pelas principais entidades médicas de nível federal e algumas regionais: Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Conselhos Regionais do Rio de Janeiro e São Paulo e outras seis instituições.

compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

Após a formulação e publicação das novas diretrizes, um número crescente de experiências de transformação curricular vem acontecendo. As políticas governamentais de incentivo às mudanças têm contribuído bastante nesse processo. No próprio ano de 2001, foi lançado o Programa de Incentivo às Mudanças nos Cursos de Medicina (Promed), com a participação efetiva de 20 escolas, sendo apenas uma da Região Norte. Além do Promed, no início do governo Lula foram lançadas as políticas dos Polos de Educação Permanente e o AprenderSUS, que efetivamente aproximaram os Ministérios da Saúde e da Educação na coordenação das ações de integração entre universidades, serviços e a comunidade (NOGUEIRA, 2009).

Nesse momento o SUS começou a assumir o papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde, que até então era objeto exclusivo das instituições de ensino superior. Em 2007 foi lançado o Pró-Saúde, que abrange não só a Medicina, mas também a Enfermagem e Odontologia, reafirmando o objetivo de fomentar a integração ensino-serviço. Através do Pró-saúde, o governo federal investe recursos nas universidades mediante projetos de transformação do ensino dessas áreas em três eixos: orientação teórica, incorporando a questão dos determinantes sociais em saúde; cenários de prática, tendo como foco a integração com o SUS e a incorporação de atividades nas unidades de saúde da família; e orientação pedagógica, estimulando a integração entre ciclos básico e profissional e a adoção de metodologias ativas (BRASIL, 2007). O Pró-saúde já está em sua segunda fase, tendo beneficiado um total de 265 cursos da área da saúde (BRASIL, 2013b).

Mais recentemente, foi lançado o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), que objetiva consolidar as ações de integração ensino-serviço através da formação de grupos tutoriais em áreas estratégicas do SUS, como Saúde da Família, Saúde Mental e Vigilância em Saúde, disponibilizando bolsas para tutores, preceptores e estudantes, promovendo também a integração entre ensino e pesquisa. O PET-Saúde veio preencher uma das lacunas do processo de integração entre universidades e o SUS: a valorização do preceptor, que é um profissional de saúde que recebe estudantes em sua unidade e se responsabiliza pela organização de suas atividades na mesma (BRASIL, 2013c). Embora em alguns casos a adesão a esses programas seja realizada de maneira oportunista e utilitarista, é possível verificar avanços significativos em relação aos aspectos em que os mesmos atuam. Segundo Nogueira (2009, p. 264), “a implementação das novas diretrizes curriculares não é um processo estático [...], é um processo dinâmico e acidentado, intercalado por avanços e

retrocessos, que precisa ser cotidianamente construído nos diversos cenários de prática profissional para o enfrentamento dos problemas que se apresentam na realidade”.

Um ano depois do lançamento das novas DCN, Lampert (2002) propôs uma tipologia de avaliação das tendências de mudança na escola médica que posteriormente foi adotado pela Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (Caem). A tipologia abrange cinco eixos de avaliação, cada um com três ou quatro vetores da análise (total de 17 vetores), a saber: mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenário da prática e desenvolvimento docente. A avaliação caminha em três estágios para cada vetor: das práticas baseadas no modelo tradicional (flexneriano) para um modelo inovador. O diagrama se assemelha a um alvo, facilitando a visualização e apontando se a escola se classifica mais como tradicional ou como inovadora, e quanto mais preenchida a figura, mais inovadora a escola (vide LAMPERT, 2002; LAMPERT et al., 2009).

Para os autores, o instrumento permite que os atores da escola tenham a percepção de como sua escola se encontra em relação às DCNs. Feita a avaliação, a escola é classificada quanto a sua tipologia, que pode ser tradicional, inovadora ou avançada.

Os trabalhos da Caem, publicados em 2009, mostram o resultado da avaliação inicial de 28 escolas que aderiram ao processo após uma oficina de capacitação oferecida. Todas as escolas avaliadas estavam em busca da adequação às DCNs e 75% delas já mostravam uma tipologia avançada ou inovadora com tendência a avançada. Embora a adesão voluntária das escolas já indique a propensão à inovação por parte das mesmas, os resultados são animadores e nos revelam que há caminhos promissores de mudança. Não obstante os resultados, os próprios autores apontam que há um menor avanço no que diz respeito ao trabalho docente, que constitui a força motriz de mudanças, sendo necessário ainda maior investimento visando a transformações efetivas nesse aspecto. Esse fato é refletido na citação de Assunção et al. (2008, p. 389), que relataram a experiência de reforma curricular na Universidade de Pernambuco:

[...] humanizar é preciso. A mudança, entretanto, não deve ocorrer somente nos estudantes, mas também naqueles que os educam. Não basta ensinar ao aluno a importância da humanização na RMP [Relação Médico Paciente] se os professores, espelhos dos alunos, não utilizam essa teoria na prática.

As mudanças em curso representam indícios de que há abertura para a construção de itinerários formativos pautados pela integralidade. Em revisão recente sobre experiências que se seguiram às novas DCNs, verificaram-se dois caminhos de interesse para este trabalho por onde as transformações têm ocorrido: os cenários de ensino-aprendizagem e o modelo

pedagógico (SILVEIRA; PINHEIRO, 2010). Os processos em curso nessas duas vertentes têm suas raízes em tendências psicopedagógicas que se desenvolveram no campo da educação também na segunda metade do século XX, incorporando elementos tanto de linhas mais tecnicistas como das perspectivas interacionistas, humanistas e libertárias. Antes de enveredar por esse campo, pensamos valer a pena voltar ao pensamento de Hannah Arendt, que fez reflexões importantes para o campo da educação de modo geral, tensionando essas tendências e colocando a questão da responsabilidade em primeiro plano. Sem embargo, tentamos já promover algum diálogo entre Arendt e pensadores próprios do campo.

1.2.2 Educação em Hannah Arendt e sua contribuição para pensar a educação médica

Embora Arendt tenha dedicado seus estudos ao campo da filosofia política, cada vez mais há o reconhecimento de que no pensamento da autora existem importantes contribuições para a discussão da educação. Para caracterizar esse debate, tomo como ponto de partida um texto clássico da autora, denominado *A crise na educação* (ARENDR, 2009), que apresenta um conjunto de reflexões pertinentes e atuais, e que faz conexões com conceitos fundamentais de sua obra, tais como *liberdade, autoridade e tradição*. O referencial trabalhado nesse texto tem caráter inovador e ao mesmo tempo polêmico, na medida em que apresenta uma visão crítica às tendências pedagógicas, estabelecendo nexos com o que a autora denomina de “crise da modernidade” (ARENDR, 2009).

É importante ressaltar que Hannah Arendt nunca se preocupou com os processos pedagógicos, mas fundamentalmente com as repercussões da crise da modernidade na esfera pré-política da educação. Educação, para Arendt, é estritamente ligada ao fenômeno da natalidade, ou seja, o fato de que nascemos para o mundo seria a essência da educação.

Como explicitado no item 1.1, para Arendt, em cada nascimento se dá a oportunidade da emergência do novo, da recriação do instituído. A natalidade estaria no cerne da ação e a educação é o ponto de conexão entre a apropriação do mundo em que vivemos, através da tradição, e o que pode ser criado no futuro pela ação. A autora chama a atenção para a dimensão temporal do processo educativo, na qual história, realidade e responsabilidade com o futuro se conectam – ou seja, ressalta a importância de se reconhecer a memória dos saberes e práticas já construídos no passado, com os quais abrem possibilidades de exercer a liberdade para mudar o futuro.

O papel da escola, ao acolher a criança, é realizar a mediação entre a esfera privada da família e sua atuação no mundo, quando adulta, através da ação política na esfera pública. Por

isso mesmo é que a educação é classificada pela autora como um fenômeno pré-político. Sendo assim, a função educacional primordial é apresentar o mundo, para que esse ingressante possa promover com liberdade sua ação política no espaço público, com vistas a recriá-lo. Para isso, é necessário que estejamos de olhos na memória do passado e que esta seja a base para a transformação do futuro, pois os novos se inserem num mundo que já existe; devem conhecê-lo para nele ter a possibilidade de realizar algo novo.

Para a autora, a crise na educação tem estreita ligação com dois condicionantes: a ruptura com a tradição, ou seja, com nossa atitude face ao passado, e sobretudo com a perda da autoridade.

O problema da educação no mundo moderno está no fato de, por sua natureza, não poder esta abrir mão nem da autoridade nem da tradição, e ser obrigada, apesar disso, a caminhar em um mundo que não é estruturado nem pela autoridade nem tampouco mantido pela tradição. (ARENDRT 2009, p. 246-247).

A noção de autoridade, para Arendt, está relacionada com o reconhecimento e se refere à relação com nossos mestres e antepassados, possíveis mediadores da tradição e exemplos de ação no mundo presente. Sendo assim, se configura como uma “autoridade legítima”. A perda da mesma diz respeito à falta de responsabilidade e despreparo dos adultos em apresentar o mundo adequadamente (CÉSAR; DUARTE, 2010).

Educar era simplesmente “fazer-vos ver que sois inteiramente dignos de vossos antepassados”, e nesse mister o educador podia ser um “companheiro de luta” ou um “companheiro de trabalho” por ter também, embora em nível diverso, atravessado a vida com os olhos grudados no passado. Companheirismo e autoridade não eram nesse caso senão dois aspectos da mesma substância, e a autoridade do mestre arraigava-se firmemente na autoridade inclusiva do passado enquanto tal. (ARENDRT, 2009, p. 245).

Esse ponto de vista em nada evoca o uso de métodos violentos ou coercitivos, que se traduziria por autoritarismo. Pelo contrário, nesse caso não é um que imprime autoridade ao outro, mas é o outro quem lhe confere autoridade. É uma autoridade reconhecida e, desta forma, legítima. Ao não ter a autoridade para apresentar o mundo, os adultos (no caso os professores) privam a criança do alcance da liberdade, pois a mesma fica “sujeita a uma autoridade muito mais terrível e verdadeiramente tirânica, que é a tirania da maioria” (p. 230).

Quando Arendt fala sobre essa “maioria”, está se referindo à formação de uma sociedade de massas que uniformiza o sentido das coisas, qualificando-as como tirânicas pela sua relação com o desenvolvimento do totalitarismo no século XX. A autora evoca a capacidade de pensar como um atributo que busca o significado dos fenômenos, e impede que

as pessoas fiquem sujeitas a esse pensamento uniformizador, sendo então um exercício fundamental na educação.

Hannah Arendt relaciona a atenuação das diferenças entre adultos e crianças, em alguma medida, à emergência de correntes pedagógicas inovadoras que colocam a criança como protagonistas do processo de aprendizagem. Estas se desenvolveram em resposta ao modelo tradicional, que é baseado na transmissão de conhecimento e com ênfase em conteúdos descolados da realidade. No Brasil, esse referencial é identificado no movimento conhecido como Escola Nova. Nestas correntes, há uma tendência a igualar professor e aluno, desfazendo essa hierarquia nas relações pedagógicas (CARVALHO, 2010). Para a autora, o papel da escola e do professor é apresentar o mundo, responsabilizando-se por ele. O professor busca no passado fatos importantes e aspectos culturais que merecem ser lembrados e/ou preservados, e apresenta aos alunos o mundo como ele é, e não como deveria ser. É importante então que o professor tenha autoridade legítima para tanto.

Há uma confusão no campo da educação, que ora “classifica” a autora como libertária, ora como liberal. Carvalho (2010) desmistifica esse equívoco fazendo uma análise das diferenças entre os sentidos de *liberdade*, para marcar uma suposta distinção entre a posição de Hannah Arendt e a de outros autores. A autora filia o conceito de liberdade aos filósofos gregos, que ressaltam o *status* político do encontro com outros em palavras e ações num espaço público comum. Liberdade para ela, na verdade, é o motivo porque os homens vivem politicamente organizados. A liberdade interior permanece sem manifestações aparentes, sendo, portanto, sem significado na política (ARENDRT, 2009). A liberdade no sentido arendtiano só existe no encontro com o mundo e com os outros; sendo assim, seu ponto de vista é o de compromisso responsável com o mundo em que vivemos, ao contrário do sentido de liberdade interior em que se transmutou na modernidade, que é associada à ideia de livre-arbítrio. Este último sentido é designado por Carvalho (2010) como “liberdade negativa”.

O mesmo autor se refere às teorias com base na psicologia como “pedagogias da autonomia” e relaciona seu papel na crise da educação ao representarem tendências que aliam seu pensamento com esse conceito “negativo” de liberdade. O problema que percebo em sua análise é que o mesmo trata diferentes tendências como se representassem uma só corrente de pensamento. Assim, reúne autores diversos como Dewey, Piaget, Anísio Teixeira e Paulo Freire num mesmo “rótulo”.

Entendemos de forma distinta, pois são diferentes origens de pensamento e contextos de produção de suas teorias, o que nos mostra que temos que ser cautelosos na compreensão sobre os princípios que eles estão advogando. Referindo-se a Paulo Freire, concordando com

os trabalhos de Brayner (2009), cremos que seu conceito de liberdade tem consonância com o pensamento de Hannah Arendt. Ambos possuem um referencial libertário para a educação, acreditando e apostando no advento do novo como algo transformador do mundo. Para Brayner (2009), dois pontos aproximam as ideias dos autores: a posição central da noção de mundo para a educação e o conceito de liberdade. Em Freire, o mundo é “aquilo que intermedeia a relação dialógica entre os homens”, sendo necessária sua apreensão para que haja educação, como também defende Arendt. Para os dois autores, o conceito de liberdade está intimamente relacionado à política. A diferença, no que tange a educação, é que

[...] se em Arendt a política (em sua nostalgia helênica!) já parte do pressuposto da existência de homens livres e plurais, em Freire, não há esse pressuposto: são homens que precisam se libertar pela política, ou melhor, por uma pedagogia que se vê como “ato político” (BRAYNER, 2009, p.10).

Mais do que às tendências progressistas, a crítica de Hannah Arendt é direcionada aos aspectos das tendências tecnicistas da educação. Estas surgiram com o objetivo de adequar a escola às exigências de uma sociedade industrial e tecnológica, cuja ênfase seria dada na preparação de recursos humanos para o mercado de trabalho, como mão-de-obra qualificada para a indústria. O conteúdo teria foco na apropriação do saber científico e o método de ensino, baseado no *taylorismo* e na visão tecnocrática de mundo (ARANHA, 1990).

A autora questiona as práticas que se baseiam em um pragmatismo necessário para lidar com uma “sociedade de massa”, transformando a pedagogia em uma “ciência do ensino em geral a ponto de emancipar inteiramente da matéria a ser ensinada” (ARENDR, 2009, p. 231). Então, a formação do professor passou a ser o ensino, e não um dos seus domínios. A ênfase não se deu mais no desenvolvimento de conteúdos, mas principalmente no desenvolvimento de habilidades. Baseiam-se nos termos “competência” e “capacidade”, que em si não revelam compromisso ético para além da eficácia, e se baseiam num conceito “negativo” de liberdade (CARVALHO, 2010).

Trazendo essa discussão para o contexto brasileiro, acreditamos que as repercussões da crise na educação, que vêm se arrastando há muitas décadas, estão relacionadas à perda de autoridade, mas de maneira menos articulada à emergência de novas metodologias pedagógicas, pois esse processo se deu em cenários de disputa com o modelo tradicional, mas claramente sob a hegemonia do mesmo. Parece que a perda autoridade na relação entre professores e alunos no Brasil está também associada ao descaso progressivo que as políticas de educação vêm sofrendo desde a metade do século XX até os dias de hoje, onde a falta de investimentos públicos no setor, a desvalorização da figura do professor e seu despreparo para

o ensino são determinantes deste processo. Essa situação parece refletir uma sociedade em que as pessoas estão preocupadas com sua sobrevivência e podem a qualquer momento ser substituídas, e onde o *status* das pessoas depende principalmente do salário que ganha. Essas são características próprias das sociedades de massa que Hannah Arendt designou como “não mundo”, e que estão no centro da crise da modernidade que afeta a educação até os dias de hoje (ALMEIDA, 2011). A atuação dos professores nesse cenário desfavorável; onde ele é apenas uma função, não lhes proporciona a possibilidade de representarem autoridade legítima perante o aluno, o que piora ainda mais o processo de apreensão do mundo e a aquisição de liberdade para mudá-lo, deixando o aluno à mercê da já citada “tirania da maioria” (ARENDR, 2009, p. 230). Almeida (2011) ressalta que a crise não é fruto de comportamentos individuais ou de uma categoria profissional, estando inserida num “mal-estar mais abrangente” em que dificilmente há soluções imediatas ou pragmáticas para essa situação.

Um dos pontos mais controversos do pensamento de Hannah Arendt trata da defesa de que a educação deve ser “conservadora”. O termo costuma ser rejeitado pelos estudiosos contemporâneos da educação, pois o associa com práticas do chamado modelo tradicional de ensino. Porém, como anteriormente apontado, a autora não se detém a questões pedagógicas, imprimindo ao termo outro significado. Conservadorismo, para autora, tem o sentido de conservação, de “abrigar ou proteger alguma coisa – a criança contra o mundo, o mundo contra a criança, o novo contra o velho, o velho contra o novo” (ARENDR, 2009). Trata-se de preservar a novidade, proteger contra as tendências massificadoras, para que a mesma possa ter a possibilidade de posteriormente aparecer como inovadora e transformadora.

Nossa esperança está pendente sempre do novo que cada geração aporta; precisamente por basearmos nossa esperança apenas nisso, porém, é que tudo destruímos se tentarmos controlar os novos de tal modo que nós, os velhos, possamos ditar sua aparência futura. Exatamente em benefício daquilo que é novo e revolucionário em cada criança é que a educação precisa ser conservadora; ela deve preservar essa novidade e introduzi-la como algo novo em um mundo velho, que, por mais revolucionário que possa ser em suas ações, é sempre, do ponto de vista da geração seguinte, obsoleto e rente à destruição. (ARENDR 2009 p. 243).

A ideia de educação conservadora de Hannah Arendt pode nos auxiliar a compreender as tensões acerca da crise da modernidade e seus efeitos na educação médica. É importante proteger os formandos da perspectiva biomédica estrita, corporativista e “autônoma”, inserida na lógica produtiva do complexo médico-industrial, ao invés de contribuir para a reprodução dessa visão, tornando os futuros médicos não seres humanos reflexivos, mas reféns dessa lógica medicalizante e desumanizante.

Transformar o mundo não significa romper com a tradição, pois com a perda da tradição não se perde o passado, mas se perde “o fio que nos guiou com segurança pelos vastos domínios do passado” (ARENDRT, 2009 p. 130). A tradição não é o passado, mas a memória, que resguarda a profundidade da existência humana. Sem memória, sem recordação, não há profundidade. É como “pensar sem corrimão”, ou seja, sem o auxílio da memória sobre os fatos e os artifícios criados ao longo da história.

Em sua análise da educação em Arendt, Almeida (2011) chama a atenção para um impasse que a educação enfrenta na atualidade diante de um cenário obscuro, em que várias questões são colocadas:

Como falar do mundo comum com a sociedade atomizada? Como acender nas crianças o interesse pelo legado histórico, se o seu futuro provavelmente será a luta pela própria sobrevivência? Como dizer aos novos que este mundo será deles, se eles não têm lugar garantido nele, se o mundo sequer precisa deles porque já há desempregados demais, as periferias estão inchadas e cada pobre a mais é uma ameaça adicional à segurança da sociedade? Como o professor pode se sentir parte de um mundo no qual não recebe reconhecimento? (ALMEIDA, 2011, p. 49).

A partir do pensamento de Arendt, a autora coloca que há uma opção fundamental a fazermos: “ou desistimos do mundo e das crianças ou resolvemos que, apesar de tudo, apostaremos no mundo e cuidaremos dos novos”. Mesmo sem propostas claras, Arendt faz uma opção inequívoca: não desistir, não abrir mão nem do mundo nem das crianças. Evocando o *amor mundi* e a responsabilidade, Arendt reage à crise sustentando que aqueles que não têm corresponsabilidade pelo mundo não deveriam participar dos processos educativos (ALMEIDA, 2011).

Alguns autores que trabalham com as concepções de Hannah Arendt, não necessariamente esses específicos sobre a educação, têm trazido contribuições importantes para o campo. Andrade (2010), a partir das análises de Arendt sobre a *banalidade do mal* (ver itens seguintes – 1.2.3 e 1.2.4), ressalta que uma educação moral, como tradicionalmente realizada na difusão de conteúdos específicos moralmente aceitos, não são condição suficiente para a escolha e a prática do bem, pois como pode um homem normal (falando de Adolf Eichmann), com padrões morais aceitos pela sociedade, mandar milhões de judeus para o campo de concentração? Admitindo que, para Arendt, a posição de burocrata, de cumpridor de ordens, e a incapacidade de pensar (irreflexão) estão nas raízes desse mal, Andrade (2010) faz reflexões para o campo da educação, no sentido de pensá-la estreitamente relacionada com o pensamento: “poderia a educação ser propícia ao pensamento enquanto estranhamento das coisas cotidianas?” (p. 121).

Das considerações que o autor faz sobre uma possível relação entre educação moral e o pensamento baseado em *A vida do espírito*, gostaríamos de ressaltar aqui uma delas, por sua pertinência nesse trabalho, que é a distinção entre conhecimento e pensamento. Para Arendt, o primeiro representa a pretensa atividade da verdade, cumpre sua finalidade alcançando resultados que podem ser acumulados; já o segundo não busca a verdade, mas lida com os significados. A concepção de Andrade (2010) sobre essa distinção é que Arendt quer marcar uma diferença do pensar com o dominar o mundo pelo conhecimento instrumental. Dessa forma, ressalta que o pensamento vai “além da atividade de conhecer, de manipular, de instrumentalizar o mundo”; é uma atividade que está liberada dos interesses utilitários, de acumulação ou de verdades, busca apenas dar sentido da existência de cada coisa no mundo, é o que dá significado ao mundo.

Daí parece claro que uma educação moral não deve estar preocupada apenas com conteúdos moralizantes a serem incluídos no currículo escolar. Na perspectiva arendtiana, uma educação que se queira moral deve, sobretudo, apostar – sem garantias ou certezas – no pensamento enquanto exercício de descontinuidade com o cotidiano e significação do mundo (ANDRADE, 2010, p. 122).

Com essas considerações, o autor advoga uma educação que privilegie também o exercício do pensamento como fundamento para a emergência de valores morais como justiça, igualdade, liberdade, solidariedade, diálogo e tolerância.

A perspectiva de trabalhar o pensamento especificamente na educação médica é interessante nesse momento de crise e transformações. Para Papadimos (2009), um aprendizado baseado no pensamento reflexivo tem se disseminado na educação, mas pouco tem se publicado sob o olhar de sua aplicação ao ensino médico. O autor chama a atenção que atualmente os estudantes não aprendem de maneira reflexiva voluntariamente se não percebem relação com suas atribuições cotidianas ou seu curriculum. E ao mesmo tempo o pensamento reflexivo não é ensinado, exemplificado, ou sequer valorizado por grande parte dos professores de medicina.

Trabalhando com o pensamento arendtiano, Papadimos (2009) considera que o pensamento reflexivo é crucial para lidar com o contexto econômico da saúde atual, especialmente em vista da pressão que os médicos sofrem de planos de saúde, governo, indústria farmacêutica, hospitais etc. Seu exercício é necessário tanto para o diagnóstico de um paciente como para a crítica científica. Para ele “o pensamento reflexivo requer que olhemos além do óbvio. É importante sondar profundamente, investigar minuciosamente, refletir cuidadosamente e inferir adequadamente” (p. 4).

Se é nossa responsabilidade como docente assegurar que os jovens possam renovar o mundo, não abrindo mão nem dos jovens nem do mundo, mas apostando neles, devemos não apenas trabalhar com o conhecimento (domínio cognitivo) na educação médica, mas criar também espaços e dispositivos para que haja o exercício do pensamento reflexivo, com vistas a construção do senso de responsabilidade própria dos estudantes, possibilitando assim que eles atuem na renovação desse mundo com liberdade.

1.2.3 As tendências pedagógicas e sua influência nas experiências inovadoras de educação médica no Brasil

As experiências inovadoras na educação médica derivam de tendências pedagógicas alternativas ao modelo tradicional. É importante delimitar as características desse modelo, no sentido de ressaltar as diferenças com as outras linhas de pensamento.

O modelo tradicional é assim chamado por não se fundamentar em alguma teoria específica, reunindo as práticas de educação desenvolvidas historicamente desde o século XVI até os dias de hoje, período em que se institucionalizaram o isolamento em “colégios internos”, a divisão em séries por idade, a organização dos currículos e os materiais didáticos (ARANHA, 1996). Tem sua base na suposta transmissão de conhecimentos entre professor, geralmente especialista e elemento central no processo, e alunos, que passivos e executores das prescrições, são considerados “*tabulae rasae*” a serem preenchidas. Sua ênfase é no conteúdo, e a metodologia privilegia aulas expositivas para a totalidade de alunos e exercícios repetitivos. O ensino é descolado da realidade e é pautado em conteúdos tradicionalmente trabalhados em cada disciplina, não havendo integração entre as mesmas. Os alunos são considerados um bloco único e homogêneo, e a avaliação privilegia os aspectos cognitivos e objetiva verificar o que foi dado em sala de aula (MIZUKAMI, 1986). Esse método é bastante criticado atualmente e visto com desprezo, e por vezes de forma caricatural por adeptos de outras tendências (ARANHA, 1996). Não obstante as críticas, ele ainda permanece como modelo hegemônico na educação escolar, e bastante presente no ensino médico, constituindo o modelo com que a maioria dos professores foi formado.

Um dos principais críticos do modelo tradicional no Brasil foi Paulo Freire, que cunhou o termo “educação bancária”, referindo-se ao fato de que o professor “deposita” no aluno seu conhecimento, para depois “retirar” nas provas, “verificando” assim o aprendizado (FREIRE, 2011a). Com isso se baseia em estratégias mnemônicas para apreensão de conhecimentos que não são aplicados no cotidiano dos alunos. Exponente da teoria crítica da

educação de linha marxista, o franco-argelino Louis Althusser também tece críticas ao modelo tradicional por outra vertente. Para ele, através do modelo tradicional, a escola se torna um “aparelho ideológico do Estado” a serviço da sociedade capitalista. Durante anos, a escola inculcaria “saberes práticos” de uso corrente na ideologia dominante (SAVIANI, 1986).

Considerando as características do modelo tradicional e as distintas posições críticas desses dois autores, entende-se que os alunos assim formados teriam maiores possibilidades de serem alheios ao mundo que os rodeiam, passivos diante dos processos que vivenciam e com menor potencial de juízo crítico. Essas características se aproximam do perfil de médico que hoje é questionado.

As inovações do ensino médico reúnem elementos de tendências que incorporaram essa visão crítica sobre o modelo tradicional, não se atendo a alguma especificamente. Porém, podem-se identificar aspectos das mesmas que fazem nexos com as novas práticas. Essas tendências seguem designações heterogêneas, variando sobremaneira entre os autores. Sendo assim, para os estudiosos do campo é comum se deparar com palavras como “progressistas”, “renovadas”, “humanistas”, “libertárias” e outras para se referir a uma linha, ou até sub-linha de pensamento, a depender do autor que classifica (GADOTTI, 1987).

Um dos primeiros movimentos críticos da educação aconteceu no início do século XX, através da ideia de que o ensino deveria se dar pela ação, contrapondo-se ao modelo tradicional que se baseava na instrução. Um dos grandes pensadores dessa linha foi o americano John Dewey, para quem a educação deveria se pautar na experiência concreta da vida e poderia contribuir para a resolução de problemas que se apresentassem no cotidiano (GADOTTI, 2006). Esse movimento, que almejava a democratização da educação, ficou conhecido como “escola ativa”, sendo que no Brasil teve grande expressão sob a designação de “Escola Nova”, resultando no Manifesto pela Reconstituição Educacional de 1932 (TEIXEIRA, 1984; GHIRALDELLI JR, 2006).

O movimento, embora não tenha alcançado inteiramente seu ideal de democratização pela escola, contribuiu de maneira significativa para o desenvolvimento de novas metodologias de ensino-aprendizagem. A diversificação de métodos ganhou força a partir da Escola Nova, que se preocupava em preparar as crianças para uma sociedade em constante transformação (GADOTTI, 2006). As mudanças no ensino médico tiveram forte influência nas concepções da Escola Nova, com o desenvolvimento de princípios como a centralidade no aluno e a adoção de metodologias ativas. A Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) tem em suas raízes fortes traços do escolanovismo.

Os ideais da escola nova também influenciaram as ações que integram as dimensões cognitiva, afetiva e psicomotora da aprendizagem. Mas é na pedagogia humanista que essa integração ganha mais substância, sobretudo por sua ênfase aos aspectos afetivos, já que, historicamente, considerando a hegemonia do modelo tradicional, se tem uma sobrevalorização da dimensão cognitiva em relação às outras. Para Carl Rogers, e outros que seguiram a mesma tendência, o ser humano é um ser inacabado, em constante processo de construção, e a educação não se limita ao tempo em que a criança está na escola, sendo necessário então *aprender a aprender*. Daí a ênfase que essa linha imprime ao processo educativo, mais do que aos resultados (MIZUKAMI, 1986). Os princípios da pedagogia humanista também influenciaram a educação médica em sua reformulação, o que se reflete na maior valorização do aprendizado de atitudes, com incorporação de métodos de avaliação ampla que incorporam essa dimensão, e também na constituição de currículos abertos, como são alguns integrados na forma de PBL, abrindo mão da questão da terminalidade da formação (MITRE, 2008).

Quando se refere especificamente aos cenários de aprendizagem, é importante resgatar os pensamentos de desescolarização da sociedade, ressaltando a atuação de Ivan Illich no desenvolvimento dessa teoria. O pensador, assim como Althusser, partiu de críticas ao capitalismo e sua reprodução através da escola, e desenvolveu a ideia de que a escola não é o único meio de educação. Questionou a divisão imposta pela existência da escola entre os “competentes”, especialistas a quem delegamos assuntos tão diversos da vida social, e os “incompetentes” do mundo do trabalho. Illich sustentou a ideia de que os alunos têm a maior parte do aprendizado fora da escola, então por que eles deveriam ficar isolados? A educação, então, viveria o paradoxo de querer preparar para o mundo e ao mesmo tempo cortar o contato com o mesmo. Em sua radicalidade, Illich chegou a propor uma sociedade sem escolas, mas a sua grande contribuição foi de pensar uma “rede de comunicações culturais” que envolveria bibliotecas, museus, parques e os próprios alunos entre si (ILLICH, 1971).

De certa forma, o autor preveu o alcance da internet nos dias de hoje, o que nos deixa a responsabilidade de colocar a educação atual em questão frente ao avanço das novas mídias. Além disso, seus pensamentos evidenciaram que é possível haver educação fora da escola e que é desejoso que os processos de ensino-aprendizagem alcancem a sociedade, promovendo o que chamamos de “diversificação de cenários”.

As tendências progressistas e notadamente os trabalhos de Paulo Freire contribuíram de maneira importante para o desenvolvimento de metodologias ativas, notadamente a Problemática, e para a emergência de outros cenários. Freire também tinha uma postura

crítica ao capitalismo e sua concepção da educação, como anteriormente explicitado no termo “educação bancária”, mas sua questão passava pela relação entre opressores e oprimidos e uma situação de interdependência que mantém o *status quo*, resultando num aumento das desigualdades sociais. Sendo assim, propôs uma metodologia em que pudesse haver uma ruptura dessa condição de oprimido através da problematização da realidade (FREIRE, 2011b). Daí advém sua denominação de tendência libertária, deixando claro o caráter ético-político dessa linha de pensamento e revelando sua importância para a educação de adultos.

Para Paulo Freire, a educação é voltada para a realidade e para o cotidiano de vida da população. Deste ponto de sua teoria pode-se perceber um impulso para experiências em outros contextos de vida, que não o estabelecido pela escola. Entre as inúmeras contribuições de Paulo Freire para o campo da educação em geral e do ensino médico em particular, ressaltamos esse caráter ético-político de suas propostas, sempre em favor da diminuição da opressão e das desigualdades sociais, num senso de responsabilidade com o mundo, o que é fundamental quando pensamos em futuros médicos para o país.

Nos pensadores das tendências progressistas, de um modo geral se encontra também a ideia de educação *pelo* e *para* o trabalho (ARANHA, 1996), base para a concepção de Educação Permanente que atualmente povoa as instâncias gestoras do sistema de saúde. É uma das questões que deriva diretamente desse preceito é a integração das universidades ao SUS, como campo de prática primordial dos estudantes de Medicina, o que estimula a responsabilidade com o sistema e a aproximação do mundo acadêmico com o mundo do trabalho, diminuindo a defasagem histórica entre os dois mundos.

Na medicina, tanto os ideais de desescolarização da sociedade de Illich, quanto a pedagogia libertária de Paulo Freire, formam a base para questionar o cenário do hospital como o único local de prática, o que dificultaria um olhar mais ampliado sobre as situações de vida das pessoas que ali estão. Seria então fundamental o trabalho em outros contextos para aumentar as possibilidades de apreensão da realidade e favorecer o senso de responsabilidade com a mesma, como é o caso do Internato Rural.

Outra escola crítica que influenciou as formulações contemporâneas da educação médica foi o interacionismo/construtivismo, que tem nas ideias de autores como Piaget e Vigotsky sua principal inspiração. A linha de pensamento desses autores questiona o inatismo do conhecimento e a passividade dos sujeitos. Para eles, o ser humano se estabelece a partir da interação com outros homens e pela sua ação no mundo. E o conhecimento se constrói através dessa interação e das trocas entre alunos e professores e entre os próprios alunos, de maneira contínua e “entremeada pela invenção e pela descoberta” (ARANHA, 1996). O

trabalho em pequenos grupos com tutoria, que hoje se desenvolve em cursos de Medicina, onde há a troca de ideias e a busca por conhecimento, mediado pela ação do professor, tem sua inspiração também nessa escola.

Essas tendências pedagógicas de modo geral não fazem distinção entre o ensino de crianças e adultos, sendo uma exceção a pedagogia de Paulo Freire, que tem clara posição ético-política. Como na educação médica estamos diante de jovens (a grande maioria) em transição para a vida adulta, ou nos termos de Hannah Arendt, passando da dimensão pré-política para a política, pensamos ser importante trazer conceitos que podem auxiliar na compreensão dessas mudanças em curso. Não falamos mais de pessoas totalmente passivas, dependentes e sem inserção social própria, mas de pessoas em busca da sua singularidade como pessoa, já com vivência de relações interpessoais, ativas e iniciando uma vida em sociedade. Embora jovens (alguns muito), os estudantes de Medicina já têm uma bagagem de vida, com experiências, interesses e necessidades. Considerando essas características próprias dos adultos, que formam sua estrutura cognitiva, pensadores do campo forjaram alguns conceitos que aproximam as metodologias de ensino-aprendizagem dessas necessidades, como as noções de *andragogia* e *aprendizagem significativa*.

Segundo Somera et al. (2010), o termo *andragogia* foi empregado pela primeira vez pelo francês Pierre Furter e se refere à “arte e ciência de ajudar o adulto a aprender”. A andragogia se refere ao saber de aplicação prática, que proporciona reflexão, compreensão e intervenção na vida cotidiana da pessoa. Está baseada no desenvolvimento de capacidades em curto prazo, que tenham aplicabilidade na sua vida pessoal ou profissional, que contribuam para o aperfeiçoamento de suas ações, mudança de hábitos ou para o aprendizado contínuo (*aprender a aprender*). Essa teoria se reforça a ideia de *aprender fazendo*, dando suporte à maioria das atividades práticas dos cursos de Medicina, notadamente aquelas que envolvem a relação interpessoal com pacientes. O desenvolvimento da maturidade do estudante ao longo do curso de Medicina exige atividades que trabalhem gradualmente a responsabilidade, a ética e o compromisso social (SOMERA et al., 2010).

A noção de aprendizagem significativa vai no mesmo sentido da andragogia. Esse termo parte das ideias de David Ausubel e se refere à incorporação de novos conhecimentos à estrutura cognitiva do estudante. A significação dos conteúdos ocorre pela relação com seu conhecimento e as experiências prévias. O pressuposto da aprendizagem significativa é que o adulto já possui conceitos relevantes em sua estrutura cognitiva e a relação desses novos aportes com a mesma é base para o aprendizado. Sendo assim, a aprendizagem significativa exige duas condições: a disposição para aprender e que o conteúdo seja lógica e

psicologicamente significativo. O significado lógico se relaciona com o tipo de conteúdo, e o psicológico é relacionado com a experiência da pessoa (PELIZZARI et al., 2002). Cada pessoa faz certa filtragem do que aprende a depender dessas condições.

As duas noções possuem interfaces e motivam boa parte das novas práticas dentro da ideia de metodologia ativa, desde a mudança na estrutura da sala de aula, até a adoção de diversas técnicas que promovam o diálogo, a reflexão e a crítica. Uma dessas técnicas merece destaque, que é a utilização de *mapas conceituais*, que estão sendo incorporados por escolas em que há predominância das metodologias ativas.

O mapa conceitual auxilia o professor na identificação da estrutura cognitiva dos estudantes e na distinção de diferentes tipos de conteúdo, favorecendo as decisões sobre o que focalizar no processo de ensino-aprendizagem junto àquele coletivo de singularidades dos alunos. Trata-se de um tipo de organograma de expressão gráfica onde são organizados os significados aceitos na matéria, os significados necessários, os significados preexistentes e a seleção de conteúdos a serem aprendidos (GOMES et al., 2008). Desta forma, o mapa é um dos instrumentos que proporcionam concretude ao processo de aprendizagem significativa.

Após situar as tendências de mudança na educação médica no campo epistemológico da educação, podemos então verificar como estão se desenvolvendo as ações implementadas nesse processo, considerando-as como experiências inovadoras para o ensino da Medicina. Ao abordar as inovações no processo pedagógico nos cursos de Medicina, nos referimos aos desenhos curriculares e ao modelo pedagógico propriamente dito. Entre os primeiros, as mudanças partem das críticas à dicotomia entre os ciclos básico e profissional, à fragmentação do conhecimento resultante da divisão em disciplinas e à manutenção das estruturas de poder que o fortalecimento de tal divisão favorece.

As iniciativas frente a essa situação vão no caminho da integração entre disciplinas, com articulação de conteúdos de áreas distintas atentando para as interfaces entre elas e a ampliação do olhar que mais de uma perspectiva proporciona. A integração pode ser no âmbito de uma área específica de conhecimento, como na experiência de Rios et al. (2008), onde as disciplinas das chamadas “humanidades” se integraram formando um eixo, ou de caráter mais abrangente, envolvendo toda a extensão do currículo em eixos transversais, como a experiência de Assunção et al. (2008), em que as disciplinas compõem três eixos: teórico-demonstrativo, o prático-constructivista e o de desenvolvimento humanístico. Há ainda, em inovações mais audaciosas, o que se denomina de “currículo integrado”, onde não existem disciplinas, mas módulos mais abrangentes e de caráter interdisciplinar. Os exemplos de currículos integrados são notórios naqueles que adotaram o modelo de Aprendizagem

Baseada em Problemas, a exemplo das já citadas pioneiras UEL e FAMEMA. Atualmente, já existem experiências de currículos com base no PBL em diversas universidades do país.

Em relação ao modelo pedagógico, o processo de inovação nos cursos de Medicina passa pela adoção de metodologias ativas. Mitre et al. (2008) afirmam que se tornou imperioso se discutir novas formas de conduzir o processo de ensino-aprendizagem na formação em saúde, no sentido de aproximar o educando das modificações do mundo contemporâneo. Tais mudanças passam pela velocidade da produção do conhecimento, tornando mais provisórias as “verdades”, pelo questionamento de valores antes “intocáveis” e pela influência dos meios de comunicação, ressaltando a capacidade de reflexão e juízo crítico sobre as informações. Como resposta a essas necessidades, trabalhar com metodologias ativas tornaria os educandos mais conscientes da realidade em que vivem, mais ativos, reflexivos e críticos. Freire (2011a) ressalta a importância de se ativar a curiosidade criativa do estudante. Desta forma, os futuros médicos estariam mais propensos a um efetivo diálogo com os pacientes e com outros membros da equipe.

Da mesma forma que na integração curricular, quando falamos em metodologias ativas, encontramos desde experiências isoladas de diversificação de métodos até um currículo estruturado para tal. Mesmo em uma disciplina pode haver, por iniciativa do professor, a incorporação de outros métodos alternativos ao tradicional, com atividades em que aumentam o protagonismo do aluno como, por exemplo, dramatizações, grupos de discussão, entrevistas com pacientes, estudos de caso, debates e outras técnicas. O ensino pela problematização já representa uma maneira mais estruturada de utilização de metodologias ativas, mudando efetivamente de práticas baseadas na instrução, para uma perspectiva dialética de ação-reflexão-ação. A problematização trabalha com questões do cotidiano, onde o estudante, orientado pelo professor-tutor, deve reunir elementos teóricos sobre essa realidade e aplicá-los no sentido de transformá-la (MITRE et al., 2008). O método pode ser utilizado em uma disciplina, eixo ou na formação como um todo. Já os currículos integrados costumam trabalhar em sua totalidade com pequenos grupos e metodologias ativas. Esse é o caso dos currículos estruturados na forma de PBL. É importante neste momento estabelecer algumas distinções entre as principais modalidades de metodologias ativas na educação médica: a problematização e a PBL.

A problematização é um método de aprendizagem calcado na ideia de transformação da realidade. Por isso, parte de sua apreensão para a busca ativa de conhecimento. É descrito em diversos trabalhos a utilização do chamado arco de Maguerez (BORDENAVE; PEREIRA, 1982), composto de cinco etapas como base para o processo de problematização: observação

da realidade, identificação de pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Berbel (1998, p. 144) chama a atenção para o componente social e político de tal metodologia, já que tem como propósito “preparar o estudante/ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo [...] para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem”.

Percebem-se aí elementos que fazem conexões com as preocupações de Hannah Arendt sobre a educação, colocando a questão da responsabilidade com o mundo como ponto central do aprendizado. A metodologia traz também a possibilidade da ação política, entendendo esse como um momento de transição do estudante para o mundo do trabalho, já que proporciona a criação do novo a partir de sua própria atuação.

O PBL é um modo de estruturação curricular que utiliza problemas como ponto de partida para o aprendizado. Os mesmos podem ser reais ou fictícios, a depender da intencionalidade, que é uma característica própria do método – ou seja, os problemas são previamente selecionados ou elaborados de acordo com uma programação. Uma das grandes diferenças do PBL para a problematização é que os objetivos finais do primeiro estão tão somente no aprendizado, não havendo a preocupação de transformar a realidade como no segundo (BERBEL, 1998). Não obstante, o método estimula uma atitude ativa do estudante e o trabalho em grupo, o que pode contribuir para uma postura dialógica e compreensiva do estudante no espaço público do trabalho, favorecendo a perspectiva dialógica no encontro com o outro.

A utilização de metodologias ativas tem sido incentivada pelos programas do governo federal, mais especificamente o Pró-saúde, e gradativamente estão ganhando espaço no cenário da educação médica no Brasil. Alguns estudos já estão abordando processos avaliativos sobre as mesmas, como as da CAEM.

Aguilar-da-Silva et al. (2009), num desdobramento da pesquisa coordenada por Jadete Lampert (LAMPERT, 2002), estudaram em 28 escolas médicas a questão das inovações dos processos pedagógicos a partir de três vetores: a estrutura curricular, que avalia o grau de integração curricular; a orientação didática, que aborda especificamente as metodologias utilizadas; e o apoio por tutoria. Seus resultados apontam que as metodologias estão sendo amplamente incorporadas, já que a maioria das escolas avaliadas se encontrava numa graduação avançada de utilização, ou seja, adotando métodos ativos com ênfase na realidade.

Peixoto et al. (2011) fizeram uma pesquisa de avaliação da atitude dos estudantes na relação médico-paciente através de uma escala de perguntas, comparando dois grupos: um de uma escola com o currículo integrado em PBL e outro de escola com currículo tradicional. A

escala de avaliação levava em conta dois aspectos: subescalas “poder” (o quanto acreditam que o paciente deseja informação e deve participar das decisões) e “cuidado” (o quanto acreditam que as experiências, sentimentos e circunstâncias da vida interferem no tratamento), e foi aplicada em alunos do 2º, 5º e 10º períodos de cada escola. Os resultados gerais mostraram escores favoráveis aqueles da escola com currículo PBL, apontando indícios de que o trabalho com metodologias ativas favorece o desenvolvimento de atitudes dialógicas na prática médica.

Outro estudo que abordou as metodologias ativas foi o de Marin et al. (2010), verificando por pesquisa qualitativa as fortalezas e fragilidades da utilização das mesmas na perspectiva dos estudantes. Dentre as fortalezas, os autores identificaram o estímulo ao estudo, a independência e a responsabilidade do aluno, pois partiram de situações reais ou que se aproximavam da realidade. Outras apontadas foram a integração entre as dimensões biopsicossociais e entre ciclos básico e clínico, e a preparação para a trabalho em grupo. Diante das repostas, os autores identificaram a construção de um cuidado mais ampliado e integral e a possibilidade de trabalho em equipe, contribuindo para o que se espera da formação para o SUS.

Especificamente sobre a problematização, a possibilidade de contato com usuários e equipe de saúde permitiu desenvolver vínculo e responsabilização, com a sensação de se sentir útil à comunidade. Já as fragilidades traduzem as dificuldades e resistências às mudanças ou à emergência do novo. Os alunos por vezes sentem-se perdidos na busca de conhecimento, não tendo ideia da profundidade que devem alcançar, o que gera crises e insegurança, demandando grande esforço das pessoas envolvidas e maturidade por parte do estudante. Essas fragilidades ressaltam a importância do papel do professor no processo de mediação e alertam para possíveis consequências da insuficiência de seus atos. O problema da perda da autoridade do professor, objeto da crítica de Hannah Arendt, nos mostra que é fundamental sua atuação para que o aluno se sinta seguro diante de tal metodologia.

Dois outros artifícios que figuram entre as inovações dos processos pedagógicos merecem ser abordados: o uso do portfólio reflexivo e a avaliação ampla dos domínios de aprendizagem.

Em relação ao uso de portfólio, trata-se de um espaço destinado ao aluno para escrever em forma de narrativa suas impressões e sentimentos frente às experiências vividas, os fatos interessantes e eventuais trabalhos, pensando e elaborando sobre os mesmos. Segundo Marin et al. (2010, p. 192), a “narrativa provoca mudança na forma como as pessoas compreendem a si próprias e aos outros e, ao ler seu escrito, é possível ao futuro profissional, inclusive, ir

teorizando a própria experiência”. Denominando de “portfólio reflexivo” os autores observam que o instrumento é importante para aprendizagem e avaliação formativa, pois permite a reflexão do estudante, e o diálogo entre eles e os professores acerca das mesmas. Para Silva e Francisco (2009), o portfólio auxilia na tomada de decisões, permitindo o aprimoramento da capacidade de julgar e de fazer opções. Como explicitado anteriormente, para Arendt, o desenvolvimento da capacidade de julgar, de discernir o que é certo e o que é errado, está na base de uma atitude de responsabilidade com os atos praticados. A implantação de inovações que permitam trabalhar essa categoria no contexto da educação pode levar a transformações na prática médica tendo como eixo o desenvolvimento de atitudes ético-políticas favoráveis ao diálogo e ao vínculo com os pacientes, o que é um diferencial no caso das populações mais vulneráveis e isoladas, como a que vive na região ribeirinha.

No currículo integrado, um dos métodos de avaliação somativa é geralmente realizado através de exames Osce (Exame Estruturado de Habilidades Clínicas), que pretendem ampliar o escopo da avaliação incorporando habilidades e atitudes nesse processo. Esse tipo de avaliação é objeto específico da experiência relatada por Amaral e Troncon (2007), em que alunos de séries mais avançadas do curso participam dessa modalidade de avaliação como pacientes simulados. O autor ressalta que o Osce é atualmente considerado um dos métodos mais confiáveis para avaliação de habilidades clínicas, numa compreensão ampla. Trata-se de um método que coloca o estudante em estações com situações variadas, em contato com pacientes reais ou simulados, permitindo que os professores observem a atuação dos alunos em cada uma das situações, avaliando suas habilidades e atitudes. Suas limitações repousam no fato de ser um método trabalhoso e custoso, durando tempo considerável e envolvendo maior número de pessoas na sua realização (AMARAL; TRONCON, 2007).

Em relação aos cenários de ensino-aprendizagem, embora atualmente haja uma diversidade de locais para inserção de estudantes de Medicina, com experiências em escolas, junto a movimentos sociais, em conselhos de saúde etc., para efeito deste trabalho abordaremos os trabalhos relativos às inovações em dois contextos, por sua proximidade com o objeto da pesquisa: a Atenção Primária à Saúde e, em capítulo à parte, os estágios na área rural (Internato Rural).

Pelas mudanças no sistema de saúde e pelas críticas ao modelo de formação anteriormente explicitadas, já é bem estabelecida a necessidade de práticas de ensino-aprendizagem no contexto da Atenção Primária. A partir desse tensionamento, e principalmente depois da publicação das novas DCNs e das políticas de incentivo do governo federal, começaram a se multiplicar as experiências de inserção de estudantes nesse âmbito do

sistema de saúde. Atualmente, a grande maioria das escolas já tem em seu desenho curricular estágios na Atenção Primária. Esses são realizados geralmente em Unidades da Saúde da Família das prefeituras, e formalizadas através de convênios ou parcerias com as universidades.

As experiências nesse cenário são bem parecidas (BORBA, 2006; SILVEIRA et al., 2006; ALBUQUERQUE et al., 2007; MARIN et al., 2007; CABRAL et al., 2008; GIL et al., 2008; RAMOS CERQUEIRA et al., 2009; ANJOS et al., 2010). Geralmente constituem grupos de disciplinas ou módulos que acontecem de maneira longitudinal ao currículo, desde o início do curso, em que a maior parte é composta de práticas em comunidades ou unidades de Atenção Primária, com ênfase na Estratégia Saúde da Família. Por vezes são realizadas em formato de programas, cujos nomes enfatizam a integração como o sistema de saúde e com a comunidade: PIN - Programa de Interação Ensino-Serviço-Comunidade (GIL et al., 2008); PINESC - Programa Interinstitucional de Interação Ensino-Serviço-Comunidade (Cabral et al., 2008); e "Vivendo o SUS" (ANJOS et al., 2010). Em algumas universidades, essa prática na Atenção Primária envolve a participação de outros cursos como Enfermagem e Odontologia, pretendendo que haja trabalho em equipe já na graduação, como é o caso da Unifeso (Teresópolis-RJ) e da FAMEMA (ALBUQUERQUE et al., 2007; MARIN et al., 2007).

Apesar das semelhanças entre as experiências, os tempos e os contextos institucionais de implantação foram heterogêneos. Algumas universidades, como no caso da Universidade Federal Fluminense - UFF (MARCH et al., 2006), têm em sua constituição histórica a proximidade com serviço no município em que atua, e a incorporação de novos cenários foi sensível às mudanças no sistema. Outras, caso da PUC-SP (ANJOS et al., 2010), seguiram as políticas de incentivo ministeriais (Promed e Pró-Saúde), resultando em processos de reforma curricular; e outras ainda, à exemplo da UFAC (SILVEIRA et al., 2006), que já iniciaram suas atividades à luz das novas DCNs, já têm em seu currículo um eixo de atividades na Atenção Primária.

Com pequenas variações, a metodologia utilizada privilegia a formação de pequenos grupos com tutoria, o vínculo às equipes de saúde da família e às comunidades, acompanhamentos de determinado número de famílias por grupo e a busca por uma visão ampla do território. A problematização é bastante utilizada visando a ações de intervenção no cotidiano das comunidades.

A vivência junto às famílias propicia um contato com pessoas já desde o início do curso, facilitando a percepção das diferenças culturais e uma relação dialógica com as

mesmas, considerando essa diversidade. Espera-se assim que o estudante possa construir seu itinerário formativo já inserido numa perspectiva dialógica de encontro de diferentes culturas e pontos de vista sobre a saúde e o adoecimento, em relações de troca de concepções e práticas e sob a égide do vínculo e da responsabilidade. Para isso, o papel do professor é fundamental, não só para problematizar a realidade, mas para propiciar a construção de uma relação dialógica, não deixando que práticas diretivas de perspectiva puramente biomédica prevaleçam.

Essa inserção na comunidade é capaz de alterar outra importante marca do modelo tradicional, pois trabalha a partir da emergência de problemas mais frequentes e tratados em sua complexidade, o que é difícil no contexto do hospital. Essa nova perspectiva é capaz de proporcionar um giro no processo de formação que pode causar repercussões positivas na prática médica cotidiana.

Como todo processo em construção, é comum o relato de problemas no decorrer das etapas de implantação, sendo importante a realização de avaliações participativas e mudanças nos caminhos seguidos. As principais dificuldades foram relacionadas à docência, seja por resistências ao processo de mudança, falta de adesão ou perfil inadequado de preceptores. Também foram identificados problemas nas parcerias entre universidades e prefeituras, principalmente por tempos e interesses discrepantes entre as entidades (ALBUQUERQUE et al., 2007; MARIN et al., 2007).

As experiências na Atenção Primária, se bem conduzidas, constituem uma possibilidade de resposta à pergunta anteriormente colocada: é possível ensinar e aprender virtudes médicas capazes de proporcionar um diálogo entre culturas? A perspectiva dialógica e intercultural já favorecida em vivências na Atenção Primária pode ser ainda mais aguçada quando consideramos a área rural e a população que lá vive, e as possibilidades de aprendizado em experiências de internato nessas localidades. Podemos então projetar esses aspectos do ensino na Atenção Primária para o contexto da região ribeirinha da Amazônia diante do mundo, como caracterizado anteriormente neste trabalho.

1.2.4 Responsabilidade e juízo crítico como categorias centrais da aprendizagem de valores e atitudes

As reflexões de Hannah Arendt para o campo da educação se referem especialmente à educação de crianças (fenômeno pré-político da esfera privada), mas essas reflexões sobre autoridade e tradição são perfeitamente aplicáveis ao ensino superior, como um momento de

passagem para esfera política, onde os pressupostos sobre educação que trouxemos até agora, dialogam com categorias como *responsabilidade* e *juízo crítico*. “O ensino técnico ou superior é uma espécie de especialização. Visa introduzir o jovem em um segmento limitado e particular do mundo” (ARENDDT, 2009, p. 246). Essas categorias são caras ao ensino da Medicina em particular, pois, como explicitado anteriormente, considera-se aqui uma profissão que tem na ação sua expressão na *vita activa*. No desenvolvimento deste trabalho, ambas representam atitudes capazes de serem trabalhadas a partir da experiência de contato com a realidade (mundo) e com o diálogo entre culturas na Amazônia.

O debate sobre a responsabilidade em Arendt se constituiu após a experiência do julgamento de Eichmann anteriormente descrito, e emergiu do fato de que o oficial nazista se declarou inocente, eximindo-se de uma culpa que supostamente seria coletiva, do sistema político totalitário. Porém Arendt chama a atenção para sua responsabilidade pessoal em realizar os atos a que era designado. Em seus escritos, a autora explora as ligações entre a responsabilidade e a capacidade de pensar e julgar. Para ela, só uma pessoa que pensa no que está fazendo é capaz de discernir sobre o que é certo do que é errado, e em última análise, responsabilizar-se por suas ações. Para essa análise, Arendt parte do pensar em Sócrates, que se faz aparecer em três elementos: o primeiro é a capacidade de provocar espanto e perplexidade, sendo capaz de deslocar padrões estabelecidos e nos tirar dos automatismos da vida cotidiana; o segundo é a consciência de si, de aparecer para nós mesmos, na evocação da pluralidade dentro de si, capaz de imaginar pontos de vista alheios; e o terceiro reforça a pluralidade e a diversidade de pontos de vista na formação de nossas opiniões (*doxai*), na nossa visão particular e única de ver o mundo (ASSY, 2004; STELET; PINHEIRO, 2011).

A responsabilidade pessoal está em decidir, considerando esses atributos socráticos do pensar, sobre “com que outro queremos conviver” em nosso pensamento. Segundo Assy (2004), podem-se reconhecer três níveis de responsabilidade em Arendt: a responsabilidade de escolher a si mesmo, a responsabilidade de julgar e eleger exemplos e a responsabilidade com a durabilidade do mundo pelo agir consciente.

A partir desses sentidos é que podemos dizer que neste trabalho a responsabilidade na medicina é entendida numa perspectiva ético-política que está na base da formação de atitudes condizentes com o cuidado como valor, como acolhimento, vínculo, preocupação, desvelo, capacidade de escuta e respeito à cultura e ao modo de andar a vida do paciente. Essas atitudes frente ao outro independem da situação do sistema de saúde do local, posições governamentais ou de uma suposta engrenagem acima da atuação médica, não sendo adequado o uso de justificativas baseadas nessa posição para a adoção de condutas que

possam causar transtornos ao paciente (ex: atender de forma rápida e superficial porque o número de pacientes para atender é grande). Elas são de responsabilidade pessoal do médico, pois mesmo frente a situações adversas o profissional pode decidir sobre como atuar.

Ainda dentro deste tópico, é importante colocar também a noção de Hannah Arendt (2004) sobre responsabilidade coletiva ou vicária. Ela parte dos trabalhos de Feinberg sobre a distinção entre responsabilidade e culpa. Neles, aparece a questão de assumirmos a responsabilidade por aquilo que não fizemos, ou seja, o que é vicário: “o que faz as vezes do outro”. Nesse caso, não existiria culpa vicária, pois se o coletivo fosse culpado, ninguém o seria. Arendt refere que a pré-condição para que a responsabilidade coletiva exista é o fato de a pessoa pertencer a um grupo (um coletivo). Nesse caso, uma ação (seja ela boa ou má) realizada por uma pessoa enquanto membro de um coletivo, responsabiliza o coletivo como um todo pela ação. Ao mesmo tempo, se o coletivo faz uma ação, a pessoa também pode ser responsabilizada por ela. Essas relações podem ser exemplificadas pelo coletivo da universidade. Se um estudante ou professor está desenvolvendo uma ação no interior, ele representa a universidade a qual pertence, assim como eles podem ser co-responsáveis pelas ações do coletivo universitário, mesmo que não as tenham feito individualmente.

O juízo em Arendt é uma das últimas questões em que se debruçou na vida. De fato, na ocasião de sua morte, o capítulo sobre o *juizar* de *A vida do espírito* (ARENDR, 1995) se encontrava em sua máquina de escrever, e por isso esse capítulo constitui um compilado a partir de conferências proferidas pela autora, mas nem por isso se torna menos importante, abordando questões cruciais para a delimitação dessa noção. Arendt era considerada uma filósofa da ação, trabalhando acerca da *vita activa*, não se preocupando com as nuances do pensamento. Já na fase final da sua obra, se voltou à análise da vida contemplativa, enxergando nesta as contribuições para a dimensão da ação.

Para a autora, o juízo é a ponte entre o pensamento e a ação (BACH, 2006). O pensamento pertence à dimensão do privado, mas o julgamento só é realizado na medida em que expressamos uma opinião. E quanto mais consubstanciada é essa opinião, melhor será a qualidade do julgamento. Sendo assim, o julgamento se constitui numa ação política. Quando julgamos, estamos atribuindo valores a situações e experiências, expressando opiniões e discernindo o que é certo do que é errado.

Apoiada na análise que faz do pensamento de Kant, Arendt ressalta que o juízo depende do que chama de “alargamento do espírito” ou “pensar com a mentalidade alargada”, que seria a capacidade de compararmos nosso juízo com o juízo possível dos outros, e o que torna isso possível é a imaginação...

O pensamento crítico é possível só onde os pontos de vista dos outros estão abertos à inspeção. O pensamento crítico, portanto, sendo ainda uma atividade solitária, não se exclui de “todos os outros”. Por meio da imaginação, ele torna os outros presentes, movendo-se assim, potencialmente, em um espaço que é público, aberto a todos os lados... (ARENDDT, 1995, p. 371).

Na medicina, a ideia de mentalidade alargada se traduz na nossa capacidade de entender o que o paciente pensa sobre seu sofrimento e sua experiência do adoecimento; sendo assim, trata-se de uma dimensão dialógica, da ação, aproximando-se das questões apresentadas no item 1.1.3 sobre o diálogo entre culturas.

Essa ideia produz nexos com o que Ayres (2007, p. 58), baseado na concepção hermenêutica gadameriana, chama de *fusão de horizontes*, como “a produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido”. O termo não se refere à apropriação pelo médico daquilo que ele considera ser importante para o caso, mas que ambos concordem sobre quais recursos serão colocados à disposição para o sucesso prático desejado. Ainda com base nas ideias desse autor, o pensamento alargado em Arendt se aproxima da noção de *projetos de felicidade*, como a “totalidade compreensiva na qual adquirem sentido concreto as demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações”. O autor considera que os projetos de felicidade são a “referência para construção de juízos acerca do sucesso prático das ações de saúde” (AYRES, 2007, p. 54).

Ainda sobre essa questão, o pensamento de Assy (2004) sobre “felicidade pública” também se relaciona com o trabalho médico e o situa definitivamente no campo da ação. A felicidade do médico deve estar condicionada ao projeto de felicidade (aplicando o termo de Ayres) de seu paciente, pois somente com sua demanda atendida, se realiza o êxito da prática médica. A capacidade do juízo, então, depende desse encontro de perspectivas, o que resulta da capacidade de pensar de maneira “alargada” do médico.

Papadimos (2009), em uma das únicas publicações da área da educação médica que trabalha com categorias propriamente arendtianas, nos mostra a necessidade de se trabalhar a capacidade do *pensamento reflexivo* durante o processo formativo, com o objetivo de evitar que os médicos simplesmente aceitem o cientificismo que lhes é inculcado sem o juízo crítico de análise. O autor, com base nas ideias de Arendt, ressalta que o pensamento reflexivo auxilia os futuros médicos a desenvolverem sua singularidade, manifestada em suas palavras e ações. Ajuda a mudar o foco de importância dado pelo estudante entre “o que” eles são para “quem” eles são (ARENDDT, 1997).

Parece ser verdade que a perda da autoridade na formação em Medicina tem efeitos devastadores. Se os que ensinam não têm conhecimento suficiente do mundo e não obtêm reconhecimento frente a seus educandos, estamos à mercê de uma ação sem liberdade, pautada em uma cultura médica que se assemelha, em sua característica uniformizadora, às culturas de massa, que padroniza as pessoas e as desconsidera por trás de sua doença. Desta forma, não gera o senso de responsabilidade nem o juízo crítico, que são características desejosas ao desenvolvimento de sua prática profissional. Ao apresentar o mundo sob forma de memória, de história do nosso tempo, os professores dos cursos de Medicina devem ter consciência de que são exemplos, e para uma formação de base ético-política, bons exemplos são mais valiosos que os códigos de conduta a que são submetidos os médicos. Para isso é necessária a autoridade legítima, conquistada pelo reconhecimento, no sentido arendtiano.

Essa incursão nas ideias de Hannah Arendt é importante para ressaltar o seguinte ponto em relação às experiências inovadoras nos cursos de graduação em Medicina: apesar de essas práticas representarem a possibilidade de criação do novo na educação médica, é fundamental o papel do professor como mediador legítimo da apreensão do mundo e de sua história. Sem um processo de problematização que dê significado às experiências vividas, corremos o risco de, mesmo diante de outras práticas, de reproduzirmos o instituído ou de deixar aquelas pessoas que têm a possibilidade de criar o novo serem tragadas pela engrenagem do complexo médico-industrial. Ou seja, embora sejam os caminhos em que temos apostado, não basta recorrer aos recursos sob os rótulos de “metodologias ativas” ou “novos cenários”, sendo fundamental a atuação de professores que conheçam a realidade e o sentido de tais inovações para uma formação com base ético-política.

Penso que as transformações em curso na educação médica no Brasil revelam um caminho para a mudança nas práticas e uma atitude mais dialógica, no sentido da construção de um mundo comum na relação entre as culturas, o que para a Amazônia é um diferencial no cuidado médico, considerando a complexidade da região. Mas como fazer emergir desse diálogo, no contexto da educação, os valores de *responsabilidade* e *juízo crítico* trabalhados por Hannah Arendt?

Alguns estudos vem debatendo a possibilidade ou não de se ensinar atitudes. O artigo publicado por Pence em 1983, já trouxe em seu título a indagação: *Can compassion be taught?* O autor advoga por essa possibilidade, mas adverte que reproduzir comportamentos compassivos não significa necessariamente que a pessoa tenha desenvolvido essa virtude, o que depende de uma internalização mais profunda que sensibilize emoções, que podem se traduzir em atitudes. Para ele a “moralidade não é aprendida como se aprende a tocar flauta

ou fazer uma traqueostomia, pela observação da proficiência do ‘mestre’ em certo ofício ou técnica” (p. 949).

Heckert (2007) vai mais longe quando analisa a possibilidade de ensino da escuta, afirmando que “ensinar” numa perspectiva “bancária”, como nos dizia Paulo Freire, pode levar a uma “escuta surda” que não considera verdadeiramente a perspectiva do outro, mantendo uma relação de verticalidade e pouco contribuindo para a compreensão das singularidades de quem fala.

Para tentar trazer alguma contribuição a esse debate, opto por constituir um diálogo entre o estudos da autora e as ideias de Carl Rogers, um dos principais pensadores da tendência humanista da educação. Mesmo quando estamos sozinhos e refletimos sobre nossas ações, estamos em ação, num diálogo com nós mesmos. A responsabilidade é uma atitude baseada em valores, que se tornam aparentes naquilo que falamos e pelas ações que fazemos. Ambas as categorias estão situadas no âmbito da ação. Conforme nos ensina Arendt, a ação pressupõe a existência de um espaço público. Por sua vez, a principal característica desse espaço público é a pluralidade.

Se para Arendt o reconhecimento da pluralidade, como atributo do espaço público, é condição para o desenvolvimento da responsabilidade e do juízo crítico, um pressuposto para esse reconhecimento é a visibilidade do outro. No caso em questão neste trabalho, o outro é representado pela população do interior e essa visibilidade é proporcionada pelas experiências de ensino-aprendizagem no interior da Amazônia.

Tanto para Arendt como para Rogers, as atitudes e valores não são inatos; são algo que se pode desenvolver com o tempo, a partir das experiências de vida. Arendt justifica essa possibilidade no fato de que a capacidade de se afetar por algo ou por alguém, que estaria na base do desenvolvimento dessas atitudes, não é puramente emocional, é algo que está entre o conhecimento e a emoção, pois está condicionada a uma consciência histórica. Sendo assim, é algo que podemos adquirir, daí sua importância para o campo da educação.

As contribuições de Rogers para a educação partem da sua reflexão sobre pessoa e sua ênfase nas relações interpessoais. Sua concepção de pessoa, seguindo tradições existencialistas e fenomenológicas, está principalmente em sua condição de se situar no mundo, descobrindo-se continuamente na relação com outras pessoas e grupos. Esse processo de crescimento resulta das relações que estabelecem e da sua capacidade de atuar como uma pessoa integrada, onde os sentimentos e experiências se constituem como elementos indissociáveis (MIZUKAMI, 1986). Daí advém a importância de seus pensamentos no processo de aprendizado no que diz respeito a atitudes e valores como responsabilidade e

juízo crítico. Como atitudes, essas categorias não são apreendidas num processo puramente cognitivo, mas dependem de um processo de introjeção de valores, no que podemos chamar de “domínio afetivo da aprendizagem”. Em que pese existirem outras contribuições do autor para o ensino médico, pensamos que neste ponto pode-se apontar o diferencial de Rogers como novo aporte que impulsiona as mudanças, mostrando caminhos não só para a formação de médicos com uma atitude diferenciada, mas também para a própria prática, já que o aprendizado sobre questões como parar de fumar, utilizar preservativo e outras, não está ligado particularmente ao domínio cognitivo, mas também ao domínio afetivo, num processo de introjeção de valores.

Para Rogers, em consonância com o pensamento de Arendt, o mundo é algo produzido pelo homem, que o configura na relação com outros homens, fazendo com que este se historicize. Dando expressão a sua filiação fenomenológica, o autor vê a realidade como um “fenômeno subjetivo, pois o ser humano reconstrói em si o mundo exterior, partindo de sua percepção, recebendo os estímulos, as experiências, atribuindo-lhes significados” (MIZUKAMI, 1986, p. 41). A experiência subjetiva constitui a base para a construção do conhecimento.

Em Rogers, através das experiências no mundo, há a possibilidade de introjeção de valores. Segundo o autor, entre a vida infantil e a fase adulta o processo de avaliação sobre os valores passa de dentro para fora. Enquanto a criança sabe muito bem o que gosta e o que não gosta, os adultos introjetam valores de outras pessoas ou grupos que possuem significado para eles e passam a considerá-los como seus (ROGERS, 1978). Para o autor, os valores são ou não introjetados a depender de sua relação com o ego.

À medida que vão ocorrendo experiências na vida de um indivíduo, estas são: a) simbolizadas, apreendidas ou organizadas numa certa relação com o ego; b) ignoradas porque não se capta a relação com a estrutura do ego; c) recusadas à simbolização ou simbolizadas de uma forma distorcida porque a experiência é incoerente com a estrutura do ego. (ROGERS, 1992, p. 467-506).

Então, para Rogers, apesar de condicionada às experiências, a introjeção de valores depende também se a pessoa está em consonância com essa possibilidade, ou em outras palavras, aberta ao aprendizado. As vivências do Internato Rural junto às populações ribeirinhas constituem oportunidades sem igual para se trabalhar valores na formação de médicos na Amazônia, mas, considerando o aporte anterior de Rogers, será que os estudantes vão para as experiências abertos ao diálogo entre culturas? Para que haja introjeção de valores ligados às atitudes de responsabilidade e juízo crítico, é importante que estejam, sob pena de

correremos o risco da medicalização por parâmetros puramente biomédicos mesmo no interior da floresta.

Neste aspecto Hannah Arendt tem muito a contribuir, quando chama a atenção para a responsabilidade do professor com o mundo e com o educando. Aí pensamos que há divergência entre os dois autores. Se para Rogers basta a experiência e sua significação pelo estudante para o aprendizado, ficando para o professor o papel de criar condições para tal, para Arendt o papel do professor é fundamental para o significado da experiência através da autoridade e da mediação com a tradição. Para o rogeriano mais radical, a palavra *autoridade* soaria muito mal nessa situação, sendo fator impeditivo para o aprendizado, afinal, foi contra medidas “autoritárias” vistas no modelo tradicional de ensino que os pensadores da tendência humanista, dentre eles Rogers, fundamentaram sua teoria.

Acontece que, como visto anteriormente, o que Hannah Arendt chama de autoridade nada tem a ver com práticas coercitivas ou arbitrárias, mas com um processo de legitimidade, de reconhecimento, de autorização da figura do professor para que o processo de ensino-aprendizagem possa acontecer. Então, trazendo para a experiência do Internato Rural na Amazônia, se o professor que faz a supervisão desses estudantes é reconhecido como um exemplo pelos mesmos e valoriza a cultura local, agindo na construção de estratégias dialógicas e tendo atitudes condizentes com a responsabilidade e o juízo crítico, ele contribui para que o ego desses futuros médicos esteja receptivo à introjeção desses valores. Da mesma forma, nossa visão sobre as pessoas que habitam aquela região não pode ser circunstancial, imediatista e desprovida de sentido; é preciso que o professor promova debates que resgatem a história dessas pessoas, com indagações como: por que eles habitam aquela região? Como se deu a história desse povo? Como é o modo de vida dessa gente? Só assim o estudante poderá começar a desenvolver uma mentalidade alargada capaz de aumentar o juízo crítico e a responsabilidade com essas pessoas.

Essa perspectiva do professor/preceptor como exemplo ou modelo no aprendizado de atitudes tem sido chamada de *role modeling*, e é apontada como uma das mais significativas influências no aprendizado de atitudes, já numa etapa do curso de medicina onde o cenário da clínica prevalece. Muitas vezes essa influência é exercida de maneira não consciente a partir do contato com médicos, professores e preceptores, podendo ser positiva ou negativa, acontecendo frequentemente no chamado “currículo oculto”³⁴ (WEAR e ZARCONI, 2008).

³⁴ Denomina-se *currículo oculto* aquelas experiências que acontecem num período de formação do estudante, mas que não estão previstos no currículo formal das faculdades, podendo ocorrer por exemplo em plantões em que o estudante se insere, acompanhamento de consultas ou cirurgias e atividades de pesquisa ou extensão.

Por fim, é importante afirmar que esse esforço de aprendizado de atitudes mediante a experiência do diálogo entre culturas na Amazônia faz parte do que Assy (2004) chama de “cultivo de sentimentos públicos”. Na medicina, como uma profissão que lida com o outro, na constituição do diálogo numa perspectiva de ação política, sendo assim calcada na noção de alteridade, é fundamental que exista um sentimento de “felicidade pública” (ASSY, 2004). Não se é médico para seu próprio orgulho ou seu próprio sucesso; se é médico fundamentalmente para os outros, por isso a felicidade nessa profissão deve se constituir no encontro com o outro e depender da felicidade do outro.

Esse cultivo é hoje ação estruturante para a relação entre professores e alunos nos espaços de ensino-aprendizagem das universidades brasileiras, encontrando-se na base para a formação de médicos mais humanos, responsáveis e próximos da realidade da população.

1.3 O Internato Rural no contexto das transformações no ensino médico

As práticas de Internato Rural, representadas pela inserção dos acadêmicos no contexto do serviço de saúde em municípios do interior, possibilitam a interação dos mesmos com uma realidade diferente da vivenciada hegemonicamente no ensino da Medicina, configurando uma ação efetiva de ampliação dos cenários de aprendizado. Além disso, constitui uma estratégia de melhorar as práticas de cuidado em locais onde há escassez de profissionais, possibilitando ao aluno a interação afetiva com a população e o contexto, o que pode contribuir para um aumento da inserção e fixação de médicos nessas áreas.

A Universidade Federal de Minas Gerais é pioneira na implantação do Internato Rural, com mais de 35 anos de existência (primeira turma em 1978), sendo uma das mais antigas experiências de integração docente-assistencial do país. O programa é realizado através da inserção de duplas de alunos em municípios do interior, com a prática baseada principalmente na Atenção Primária. Os estudantes realizam assistência ambulatorial, grupos de educação em saúde, trabalhos em creches e atividades relacionadas ao meio ambiente e organização de serviços de saúde. A viabilidade para sua organização se apoia em convênios, inicialmente tripartite e, após a municipalização, bipartite (universidade-prefeituras, universidade-secretaria estadual). Ocorrem avaliações periódicas do programa, por vezes com participação de representantes dos municípios (CURY, 2003). A partir dessa experiência exitosa, o Internato Rural pôde ser implantado em outras faculdades, constituindo hoje uma tendência das escolas médicas no país, sobretudo nas regiões onde essas áreas exercem mais importância no cenário demográfico e produtivo.

No contexto da Amazônia Legal, Neves e Spinelli (2008) analisaram o Internato Rural da Universidade Federal de Mato Grosso através de pesquisa avaliativa, e apontaram quatro dimensões expressas pelos sujeitos entrevistados para designar os objetivos dessa experiência: políticos, de integração institucional, acadêmicos e de organização dos serviços. Destacamos aqui, dentre os múltiplos objetivos explicitados nessas dimensões, os seguintes como possibilidades para a construção de novas práticas:

- Políticos: fortalecer a política estadual de saúde e a regionalização;
- Integração institucional: buscar a integração da universidade com os serviços de saúde;
- Acadêmicos: contribuir para a formação de profissionais mais voltados para a prática da saúde coletiva, promover a interiorização dos profissionais médicos formados;
- Organização de serviços: contribuir para a organização dos serviços de saúde municipais e elaborar conjuntamente - universidade e serviços - propostas de intervenção para os municípios.

Com o desenvolvimento desta tese acrescentaríamos, como questão central que pode figurar nos objetivos do estágio, a construção de um sentimento de pertença ao local e à realidade do interior, como expressão do desenvolvimento de atitudes e valores ético-políticos condizentes com o compromisso e responsabilidade com a população que vive nessas localidades. Essa dimensão afetiva do aprendizado nem sempre é levada em consideração, o que deixa de captar a contribuição pedagógica do Internato Rural em sua expressão integral.

Neves e Spinelli (2008) apontam que a formalização através de convênio pode ser uma estratégia para o alcance desses objetivos na realização de estágios em saúde em municípios do interior. E pode ainda ser um instrumento para a construção de relações cooperativas que contribuam na melhoria dos serviços de saúde e na formação médica, desde que os princípios e objetivos comuns sejam pactuados entre as instituições. Destacam ainda que foram aspectos positivos a ampliação das equipes de saúde da família com a participação dos estudantes e o aumento da presença de profissionais médicos egressos da UFMT no interior do estado.

Ainda nesse contexto, e contribuindo mais ainda para a possibilidade de fixação de profissionais, as Universidades do Amazonas (UFAM) estão concretizando a inserção das práticas de Telesaúde junto a municípios onde tenha Internato Rural, possibilitando que alunos e profissionais que atuam na localidade se liguem por internet a um grupo de especialistas de um grande centro, aumentando a resolutividade local e contribuindo como ação de educação permanente dos mesmos (BÖHM; WEN, 2005). Algumas experiências de Internato Rural, como a da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e da Universidade

Federal do Tocantins (UFT), têm inovado com a formação de equipes multiprofissionais, com atuação conjunta de estudantes das áreas da Medicina, Odontologia e Enfermagem.

A identidade pedagógica do Internato Rural é objeto de discussão desde o início da implantação das experiências. A dissertação de Barbosa (1995) tem essa questão como objeto, mergulhando a fundo na análise da experiência da UFMG, com vistas à constituição de um marco teórico para essa “disciplina”.³⁵ A autora trabalha a partir do referencial da Epidemiologia Social para essa construção, mais especificamente com a teoria de Breilh.³⁶

Em que pesem os avanços obtidos com a implantação do Internato Rural, alguns autores têm apontado uma desigualdade nas relações entre a universidade e o serviço, sendo privilegiados os interesses da primeira (BÖHM; WEN, 2005; NEVES; SPINELLI, 2008). Sendo assim, as experiências de inserção de estudantes nesse contexto podem resultar numa assimetria de benefícios: enquanto os estudantes ganham em termos de conhecimento e experiência, as populações têm relativamente pouco benefício com as ações, sendo estas realizadas de forma pontual, necessitando ainda de maiores artifícios de efetivação da continuidade do cuidado, não resultando em reflexos mais duradouros das ações. Apesar dessa possibilidade, segundo Batista (1995), a receptividade da população é o ponto alto do estágio. Ao analisar a experiência da UFMG, a autora ressalta que a comunidade recebe os estudantes com grande entusiasmo, por vezes preferindo se consultar com os mesmos, tendo mais satisfação com a relação médico-paciente e o tempo maior de consulta.

Os caminhos para o sucesso dessas atividades são apontados por outros autores, e necessariamente passam pela participação ativa de representantes dos municípios, profissionais do serviço e representantes dos usuários no planejamento das ações desenvolvidas pelo programa (CURY, 2003). Desta forma, há a possibilidade de maior aproximação com o aumento da contribuição da academia com o serviço, resultando em maior qualidade do cuidado da população local.

Na Amazônia, o desafio do Internato Rural é, além das práticas nos municípios do interior dos estados, o trabalho junto às populações ribeirinhas e indígenas, localizados em sua maioria em locais de difícil acesso, tornando a logística mais dispendiosa e trabalhosa. Somam-se a isso as diferenças culturais existentes entre os estudantes e a população, o que

³⁵ A palavra *disciplina* está aqui entre aspas, pois não consideramos o internato rural propriamente uma disciplina, embora essa designação seja usada por alguns autores. Em nossa opinião, trata-se de um estágio em rodízio, eminentemente de treinamento em serviço.

³⁶ Breilh é um epidemiologista equatoriano, autor de vários livros e artigos sobre metodologia e Medicina social. Ele utiliza o referencial da Epidemiologia a partir de pressupostos do materialismo histórico para analisar as condições de saúde da população. Barbosa (1995) utilizou diversos enunciados de sua teoria para verificar como os professores do internato rural concebem o referencial teórico aplicado ao internato rural.

torna imprescindível uma prática baseada na abertura para a troca, numa perspectiva do diálogo entre culturas, para a viabilização das ações. Pelas limitações geoculturais, são justamente essas localidades em que é mais difícil a fixação de profissionais e as que mais se beneficiariam de programas como esse.

Antes de analisar propriamente o contexto e as experiências de Internato Rural, cabe o debate sobre a concepção de rural vigente no Brasil, abrangendo as questões mais críticas envolvidas nessa definição, bem como as implicações dessas definições para as políticas públicas. Afinal, de que rural estamos falando?

1.3.1 A definição de rural no Brasil e as repercussões para as políticas públicas

A relação entre os espaços rural e urbano está em constante transformação ao longo do tempo, refletindo o contexto de vida em sociedade em cada época. A complexidade alcançada em torno da interdependência entre os dois meios, nos dias atuais, nos mostra que devemos evitar uma perspectiva dicotômica de análise, em que os espaços são entendidos separadamente e um em oposição ao outro. Segundo Marques (2002), esse enfoque tem predominado nos estudos dos campos das ciências sociais e da geografia, tendo derivado das ideias de Tönnies sobre comunidade (*Gemeinschaft*) e sociedade (*Gesellschaft*)³⁷ cunhadas no fim do século XIX, em meio ao avanço de uma perspectiva racionalista dos valores sociais. A antítese entre os termos guarda relação com a dicotomia tradicional/moderno, que reforça a ideia do rural como um “passado idealizado que se apresenta como negação da sociedade urbana moderna” (p. 101).

A compreensão da complexidade da relação rural/urbano nos dias de hoje, no Brasil, envolve a abordagem de questões importantes como os fluxos de migração regional, a transformação do meio rural a partir do crescimento do agronegócio, os debates sobre a preservação do meio ambiente e a degradação das condições de vida nas cidades, principalmente nas áreas de periferia. É em meio a essa problemática que a definição de “espaço rural” pode ser debatida, no sentido de trazer a compreensão do que estamos tratando ao analisar as experiências de ensino-aprendizagem em Medicina nesse cenário.

A definição de rural utilizada pelo IBGE, que norteia todas as análises que abordam a “situação de domicílio” no Brasil, é criticada por diversos autores (MARQUES, 2002;

³⁷ Ideias de Tönnies apresentadas por Marques (2002, p. 101): “a comunidade (*Gemeinschaft*) refere-se a um princípio de organização social caracterizado por relações pessoais, face a face, vínculos de vizinhança, em que o envolvimento interpessoal é integral e direto. A sociedade (*Gesellschaft*), por sua vez, é marcada por relações impessoais e laços contratuais”.

VEIGA 2002), que a consideram excludente e sujeita a interesses de caráter econômico (fiscais). A partir das designações dos agrupamentos coletivos, como cidades, vilas e aglomerados, o IBGE define área rural como “a área de um município externa ao perímetro urbano”, o que, segundo Marques (2002), acaba por defini-lo a partir de sua carência e não por suas características próprias.

De acordo com essa definição, o Brasil é um país eminentemente urbano, com apenas 15% da população vivendo em área considerada rural. Veiga (2002) questiona esse fato apontando que, se fossem utilizados critérios mais aceitos internacionalmente, o Brasil seria menos urbano do que se imagina. E aponta as incongruências do conceito, que acaba por considerar, por exemplo, povoados com apenas dois mil habitantes uma área urbana, não levando em consideração o modo com essa população vive, sua relação com a terra e os meios de produção local, que numa definição mais ampliada seriam essencialmente rurais. O autor defende a combinação de critérios demográficos, considerando o número de pessoas, sua distribuição no território (densidade demográfica) e a localização. De acordo com essa formulação, seriam considerados rurais os municípios de pequeno porte (menos de 50 mil habitantes e densidade acima de 80 hab./km²) e mesmo os de médio porte, que têm entre 50 e 100 mil pessoas, e densidade acima de 80 hab./km². Considerando esses critérios, cerca de 80% dos municípios brasileiros poderiam ser considerado rurais, sendo suas sedes apenas “cidades imaginárias”, não sendo adequada a manutenção da dicotomia urbano/rural nas políticas públicas dirigidas a eles. Com a ampliação de sua definição, o rural representaria 90% do território nacional e seria local de moradia de cerca de 30% da população (VEIGA, 2002).

Outro problema de ordem econômica contribui ainda mais para a superestimação do que é urbano no Brasil. A delimitação da área urbana é uma atribuição de cada município através de seu plano diretor, que classifica segundo critérios técnico-políticos a situação dos domicílios. Essa categorização político-administrativa é estratégica, pois enquanto os impostos sobre domicílios em área urbana são arrecadados pelos municípios, os de área rural são arrecadadas pela União. Desta forma, a definição do espaço rural está sujeita a arbitrariedades de interesse fiscal, já que quanto mais se amplia a área urbana, maior é a arrecadação municipal (SANTOS, 2011). Esse fato reforça os argumentos de Veiga (2002), de que o rural no Brasil é maior do que se calcula.

Para além das críticas à natureza do conceito oficial do IBGE, alguns autores (VEIGA, 2002; SANTOS, 2011) têm apontado seu problema operacional, pois essa definição não

contempla as necessidades de políticas destinadas ao rural brasileiro, tanto no que tange às relações de produção/ocupação quanto às políticas públicas, como educação e saúde.

Marques (2002) faz uma análise crítica das proposições de Veiga, reconhecendo sua importância e avanços em relação ao estabelecido atualmente para o Brasil, mas ressalta que sua proposta assume caráter instrumental, pois “restringe-se a uma perspectiva econômica e não problematiza os aspectos sociais envolvidos nas atuais mudanças verificadas na relação cidade-campo” (p. 99). A autora se baseia nas ideias de Alentejano para apontar a vinculação do conceito de urbano e rural com o capitalismo e suas atividades próprias, no caso o turismo, o comércio e a prestação de serviços. O rural estaria mais ligado diretamente à terra (vinculação local), com uma territorialidade menos intensa, e o urbano representaria relações mais globais, com territorialidade mais intensa. “É esta intensidade quem distingue [...] o rural do urbano” (MARQUES, 2002, p. 99).

Outras concepções de rural e ruralidade se aproximam mais de sua complexidade ao relacionar os aspectos demográficos com outros de caráter econômico, social e cultural. Esses se baseiam numa perspectiva dinâmica de território, onde os espaços geográficos são eminentemente sociais e estão em constante relação e transformação (SANTOS, 1992).

Na segunda metade do século XX, houve intenso movimento migratório do interior em direção aos grandes centros urbanos em busca de oportunidades de qualificação e emprego, frente à rápida industrialização do país. Já na passagem de século, observa-se que os grandes centros urbanos, notadamente em suas áreas de periferia, enfrentam grave crise, com aumento da violência, do desemprego e sofrem com más condições de saúde, educação e moradia. Essas questões são responsáveis por uma desaceleração da urbanização nos dias atuais (MARQUES, 2002).

O meio rural, que observou o êxodo de sua população ao longo do século passado, hoje vê um contexto bastante heterogêneo que envolve os modos de vida e de produção. Grande parte do território rural do Brasil permanece com problemas como pobreza e baixos índices de escolaridade, como é a realidade da floresta amazônica, por exemplo. Outrossim, existem realidades distintas com movimentos mais intensos entre cidade e campo e um crescente aumento da agricultura (agronegócio), da indústria no campo, e a presença do setor de serviços e de trabalho assalariado. Há também certa ideia do meio rural como mais próximo a natureza e melhor qualidade de vida em relação às cidades. Esse fato tem aumentado a perspectiva do “consumo” do rural como meio de lazer e convivência com paisagens naturais (SIQUEIRA; OZÓRIO, 2001).

Alguns autores se referem à emergência de um “novo rural” (SIQUEIRA; OZÓRIO, 2001; PONTE, 2004) em algumas áreas do país, sobretudo aquelas mais próximas e integradas às grandes cidades. Em alguns lugares já não há uma divisão nítida entre o rural e o urbano, mas um gradiente infinito entre um e outro, com articulação crescente entre os meios. Algumas das características que têm se ampliado no meio rural são: o crescimento das ocupações não agrícolas, a pluriatividade, a mecanização e industrialização do processo produtivo agropecuário, sua utilização como local de moradia e lazer, e a instalação de infraestrutura social, como energia elétrica, abastecimento de água, educação e saúde (PONTE, 2004).

Gilberto Freyre (1982) cunhou o termo “rururbano” para expressar o borramento dos contrastes entre campo e cidade advindo das facilidades de transporte e comunicação, levando a uma interpenetração crescente entre os meios. O termo definiria o que ainda não deixou de ser rural, mas que ainda não é urbano. “Pode-se afirmar que há um processo de ruralidade urbana e, em contrapartida, um de urbanização rural” (ANDRADE, 2010, p. 12).

Marques (2002) adverte que a discussão sobre um novo conceito de rural tem sido motivada no Brasil pela perspectiva de uma nova estratégia de desenvolvimento para o país. Nas últimas décadas, tem-se presenciado um aumento na perspectiva do desenvolvimento rural pela instalação de complexos agroindustriais em torno de monoculturas latifundiárias, como é o caso da soja no centro-oeste, e a expansão do agronegócio (*agrobusiness*). Segundo Marques (2002), essa perspectiva alcançou resultados positivos, com aumento da produtividade e da exportação associada à produção rural, gerando aumento das divisas para o país. Porém, esse modelo tem se desenvolvido às custas de danos sociais e ambientais crescentes.

Muitas consequências do processo de intensificação do domínio do capital sobre a agropecuária, como parte do movimento de crescente globalização, têm sido insistentemente indicadas: expropriação, expulsão do campo, precarização do trabalho, pluri-atividade, o aumento das relações de trabalho assalariadas. Assimetrias de poder vêm sendo acompanhadas por assimetrias em outras dimensões, sendo a mais visível, a exclusão de grandes parcelas da população, a partir sobretudo da exclusão do mundo do trabalho (SIQUEIRA; OZÓRIO, 2001, p. 68).

A crítica aos efeitos do agronegócio como único meio de desenvolvimento do campo traz a discussão da definição de rural para um patamar político-ideológico. No Brasil, a dimensão política de luta pelos direitos no campo, enquanto cidadãos rurais, também tem crescido nos últimos tempos. Tal importância se traduz nas reivindicações pela reforma agrária e em defesa de políticas econômicas próprias do meio rural por movimentos sociais

como o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST) e o movimento dos seringueiros na Amazônia. Alguns autores (SANTOS, 2011) têm apontado que uma perspectiva alternativa de desenvolvimento do espaço rural, social e ambientalmente mais responsável, seria o incentivo às pequenas unidades de produção e à agricultura familiar, o que seria mais congruente com a ideia de desenvolvimento sustentável. Segundo o IBGE, 73% das pessoas com ocupação na área rural têm laços de parentesco com o dono da terra, o que significa que grande parte da atividade econômica dos trabalhadores rurais é do tipo “familiar” (PERES, 2009). O grande peso econômico da agricultura familiar para a população do meio rural cria a possibilidade para que o chamado “novo rural” possa ter composições mais híbridas, que levem em consideração essa atividade como fundamento da sustentabilidade local, relativizando o predomínio do agronegócio como paradigma de desenvolvimento no campo.

De fato, frente às questões colocadas, parece haver grande dificuldade na literatura em se chegar a conceitos bem definidos do que seja rural, e que sejam suficientemente abrangentes para abarcar sua complexidade atual. As controvérsias e dificuldades nos ajudam a constatar que não há um meio ideal de se definir o rural. Não obstante esse fato, Kageyama (2004) relaciona alguns pontos em que há um razoável consenso na literatura: a) o rural não é agrícola exclusivamente; b) é multissetorial e multifuncional; c) tem densidade populacional baixa; e d) não há um isolamento entre rural e urbano.

Na Amazônia, o espaço rural ganha os contornos da floresta e dos rios, sendo a realidade ribeirinha a que mais representa esse meio, já que a ocupação do território se fez ao longo rios da região, que por serem extensos e caudalosos são as principais vias de mobilidade entre as localidades, permitindo que o modo de vida e economia locais se deem em função deles.

Conforme o Censo de 2010, que obedece aos critérios da definição oficial, 26,5% da população da Região Norte do país vivem em áreas rurais. Quando se agrega a combinação entre o ponto de corte de 50 mil habitantes e a densidade demográfica, as análises sofrem alterações. Segundo as estimativas populacionais do IBGE para 2012, dos 450 municípios da Região Norte, 86% (387) possuem menos de 50 mil, sendo que 37,1% têm menos de 10 mil habitantes. Considerando que a densidade demográfica da Amazônia é a menor do país, com 4,2 habitantes/km², podemos concluir que, excluindo-se as capitais, a região é essencialmente rural.

Os padrões de produção e a relação do homem com a terra na região são heterogêneos, conforme a localização, e estão em constante transformação, mas estudos têm mostrado que

principalmente no sul e no leste cresce a pressão pelo desenvolvimento do agronegócio, havendo inclusive zonas de tensão pela propriedade da terra (THÉRY, 2005). No norte e oeste, onde a bacia amazônica é mais presente, localizam-se as principais terras indígenas e as maiores zonas de preservação ambiental, predominando atividades como o extrativismo de produtos da floresta e as pequenas unidades de produção. É nesse contexto que a maioria da população ribeirinha da Amazônia vive, com projetos de subsistência e a partir de sua relação com a floresta e os rios.

Embora a pesca e a caça sejam elementos que podem alterar os padrões da fome nesse contexto, a população ribeirinha é uma das populações rurais em maior vulnerabilidade social no Brasil. Possui alto índice de pobreza e analfabetismo e existem dificuldades no acesso aos serviços públicos, como os de saúde da educação (SCHERER, 2004). O sub-registro e a falta de cidadania expressa na de incipiência das políticas públicas levam esse contingente a uma relativa invisibilidade social e política (FRAXE et al., 2009).

Considerando os dados populacionais, especialmente a densidade demográfica, a extensão territorial e as relações com o ambiente e o modo de produção na Amazônia, pode-se assumir que seu território representa grande parte do que é rural no Brasil. Esse fato chama atenção para o frequente equívoco da correspondência automática que se faz entre “rural” e “campo” no Brasil. O rural em contexto de floresta representa uma especificidade que deve ser considerada ao se planejar e implantar políticas públicas direcionadas para o interior. Os desafios e as dificuldades para desenvolver a política de Atenção Primária na região amazônica constituem exemplos da necessidade de ações diferenciadas considerando a realidade ribeirinha e suas especificidades como espaço rural no Brasil.

Visando ao desenvolvimento de políticas públicas que possam superar as desigualdades existentes entre os meios rural e urbano especificamente na área da saúde, muitos pesquisadores, entidades e universidades no Brasil e no mundo também têm debatido uma definição de rural que seja mais congruente com esse propósito.

Couper (2003) reconhece a dificuldade de haver um consenso sobre a definição do rural entre os diferentes grupos que a utilizam em estudos ou trabalhos sobre a temática. O autor coloca que existem diferenças entre os termos “rural”, “medicina rural”, “atenção em saúde rural” e “desenvolvimento rural”, havendo, para cada propósito, aspectos que devem ser incluídos na definição de rural. Há, por exemplo, uma tentativa de definir “medicina rural”, levando em consideração aspectos da própria prática, como a necessidade de os médicos de família desenvolverem outras habilidades não usuais à prática em ambiente

urbano (como anestesia e obstetrícia), e a distância do acesso a especialistas e alta tecnologia em medicina.

Mesmo com as dificuldades em contemplar as especificidades dos termos e o alcance de um consenso em relação ao tema, Couper (2003) considera claro que:

- a) Rural não pode ser definido como não urbano.
- b) Rural e área com carência de profissionais não são a mesma coisa (existem áreas rurais bem servidas de profissionais e áreas urbanas com dificuldade de fixação).
- c) Ruralidade é como beleza, depende dos olhos de quem vê.
- d) A definição de rural é útil como um foco sobre o qual se devem construir políticas que vão impactar nas áreas com carência de profissionais.

E o mesmo propõe que:

[...] atenção à saúde rural se relaciona com os serviços de saúde fora dos centros metropolitanos onde não a acesso imediato a especialistas, cuidado de alta tecnologia e/ou intensivos, e onde os recursos humanos e materiais são escassos. [...] São melhores oferecidos por uma equipe de saúde e são baseados nos princípios da Atenção Primária. (COUPER, 2003, p. 2).

De fato, uma definição que esteja mais congruente com seus objetivos se mostra mais útil à formulação de políticas públicas. No caso da saúde, a distância dos serviços de saúde com maior disponibilidade de aparatos tecnológico “duros”, como os hospitais gerais ou de especialidade, pode dar mais elementos para os debates e construções de políticas como os programas de interiorização de profissionais, por exemplo. Em alguns países, como Austrália e Canadá, o conceito de “remoto ou isolado” é bastante presente, referindo-se especificamente à questão da distância dos grandes centros. Um exemplo é a definição de “rural remoto” de um comitê ligado a emergências médicas do Canadá, que o considera quando se está de 80 a 400 km, ou uma a quatro horas de viagem, de um grande hospital regional. Essa definição tem como objetivo identificar pessoas em risco de complicações médicas causadas pela demora em acessar um hospital em situação de emergência (MUULA, 2007).

O Grupo de Trabalho de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) lançou uma declaração expressando algumas declarações sobre o conceito de rural e o cuidado em saúde:

Em relação à saúde, o conceito de rural deve ser amplo o suficiente para envolver as diferentes realidades dos profissionais e população brasileira. Este deve estar suficientemente livre de limites rígidos de dados populacionais, geográficos, num sentido restrito (físico) e político. Deve ainda estar relacionado a características do sistema de saúde, da prática dos profissionais de saúde e das características de saúde das comunidades específicas.

A saúde rural pode incluir as populações de áreas tradicionalmente reconhecidas como rurais, mas também comunidades ribeirinhas, áreas indígenas, populações quilombolas, de pescadores, mineradores, de alguns trabalhadores temporários, migrantes, áreas remotas, de locais de difícil acesso, mesmo dentro de grandes cidades, como favelas, áreas rurais incrustadas, municípios muito pequenos, etc. (SBMFC, 2011, p. 4).

A Associação Mundial de Medicina de Família e Comunidade (Wonca) publicou, em 2001, um documento com diretrizes para o delineamento de políticas para a medicina rural e a atenção a saúde rural, com especial atenção para a questão do recrutamento e retenção de profissionais. As estratégias da Wonca têm como ponto forte o papel das instituições formadoras, que podem ser protagonistas na preparação para a prática rural, no incentivo à carreira de médico rural e no desenvolvimento de habilidades diferenciadas para essa prática, mas sua contribuição é especialmente importante no recrutamento e retenção de profissionais (WONCA, 2001). Estratégias abrangentes, que envolvem não somente os serviços e o aparelho de gestão, mas também e principalmente a universidade, são desejáveis para o enfrentamento das desigualdades existentes entre os meios rural e urbano numa perspectiva sustentável. As principais estratégias das universidades brasileiras têm sido o sistema de cotas e as experiências de Internato Rural.

1.3.2 História e contexto atual do Internato Rural na Amazônia

Quando falamos sobre internato rural na Amazônia, estamos falando especificamente do estágio que se faz em cidades do interior do estado (ou seja, diferente das capitais ou da sede da escola médica, independentemente da população ou densidade demográfica), como parte do período designado como internato médico. O internato é definido pelas DCNs como estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço (BRASIL, 2001), que representa a última fase da formação médica em nível de graduação.

A implantação do Internato Rural é considerada um avanço nos currículos dos cursos da região, representando um dos aspectos que privilegiam o olhar regional da Amazônia. Reconhecemos três movimentos que influenciaram e convergiram na construção dessa experiência, que hoje é uma realidade em diversas escolas médicas da região, mas que não é livre de desafios para sua consolidação e fortalecimento. O primeiro é o Projeto Rondon, que foi uma das experiências pioneiras da extensão universitária em nosso país, com especial inserção na região Amazônica, com o objetivo principal de integrá-la e protegê-la, o que diz muito a respeito do contexto ideológico vigente nas instâncias governamentais na época da

ditadura militar. O segundo é o Internato Rural da UFMG, que é experiência pioneira na interiorização da graduação no Brasil. Pelo reconhecimento de seu sucesso, influenciou a implantação de estágios curriculares de graduação fora da sede das universidades em diversos cursos de Medicina no país. O terceiro é o Projeto Saúde Alegria, sendo uma influência mais recente, principalmente por sua característica de trabalhar a desenvolver a tecnologia da atenção à saúde em unidades fluviais. O projeto é realizado no Rio Tapajós (Santarém-PA) e trouxe a perspectiva da Atenção Primária itinerante com utilização da arte na promoção da saúde para as comunidades ribeirinhas da Amazônia.

Até meados dos anos 1960, apenas algumas experiências isoladas de extensão universitária tinham o caráter de interiorização das práticas universitárias. Em 1963, houve uma tentativa de aprovar um projeto de lei no Senado Federal que tornaria obrigatória a realização de estágios rurais no último ano dos cursos de Medicina. Esta iniciativa não logrou êxito, sendo rejeitada em setembro de 1963. Em 1964, o Brasil passou pelo golpe de Estado que implantou a ditadura militar, que duraria 20 anos. Naquela época, membros da União Nacional dos Estudantes eram perseguidos, e ao mesmo tempo o governo promovia interiorização das universidades com o propósito da integração e desenvolvimento nacional. Antes do Projeto Rondon, alguns programas localizados já inauguravam a perspectiva de interiorização, como é o caso do Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC), criado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que teve como objetivo proporcionar ao estudante universitário uma atuação nas comunidades rurais. O projeto se iniciou pela área de saúde, sendo posteriormente expandido para outras áreas e se tornando uma ação multidisciplinar (SILVA, 2013).

1.3.2.1 O Projeto Rondon

O Projeto Rondon foi criado em 1968, em plena ditadura militar, a partir do Decreto Presidencial nº 62.927, tendo sido o “primeiro grande programa de extensão universitária de abrangência nacional” e também o mais longo, durando pouco mais de 20 anos. A ideia principal do projeto era convocar a juventude e a universidade a participar do processo de integração nacional, seguindo a lógica nacionalista de ocupação e defesa do território. Seu lema era “integrar para não entregar” (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008).

A experiência-piloto do projeto foi em Rondônia, numa expedição da Universidade de Santa Maria que reuniu 31 estudantes de diversos cursos, dentre eles o de Medicina. Começava aí uma das maiores e mais abrangentes experiências de interiorização que o Brasil

já viveu, defendida e criticada por segmentos da sociedade, tendo influenciado diversas ações e talvez gerado consequências inicialmente não previstas no início do processo. A partir do Projeto Rondon, muitas pessoas tiveram oportunidade de conhecer recantos pouco visíveis do território brasileiro, como é o caso da Amazônia, que foi uma das regiões de maior ênfase no projeto.

As inserções no Projeto Rondon podiam ser feitas de duas maneiras, uma de menor intensidade por um período de 30 dias, geralmente nas férias, e outro por um período de seis meses, quando os alunos e professores se distanciavam do seu cotidiano acadêmico para uma imersão mais longa em outra realidade do país (SANTOS; MENDES, 2005). A inserção dos alunos era voluntária e a proposta era que eles pudessem desenvolver atividades de seu campo de atuação no interior do país, colaborando para o desenvolvimento local. “Os estudantes viveriam e sentiriam em toda a sua chocante realidade a vida no interior do Brasil” (BRASIL, 1972, p. 8-9; MACIEL FILHO; BRANCO, 2008).

Com a gradativa expansão do projeto, foi criada a Fundação Projeto Rondon, para gerenciar o financiamento das expedições e contratação de profissionais especificamente para o projeto. Houve o crescimento da participação das universidades brasileiras, principalmente do Sul e do Sudeste, constituindo *campi* avançados nos pontos de menor desenvolvimento do país, notadamente na Amazônia.

O primeiro campus Avançado foi o da Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul) em Boa Vista, Roraima (SANTOS; MENDES, 2005). Nesse movimento, em 1969 a Universidade do Estado da Guanabara (UEG, atual UERJ) implantou o campus avançado em Parintins (Amazonas), e em 1972, a Universidade Federal Fluminense (UFF) implantou o campus em Óbidos (PA),³⁸ sendo posteriormente transferido para o município vizinho de Oriximiná, onde funciona até hoje (SILVA, 2013).

No total, foram implantados 22 *campi* avançados, quase a totalidade localizada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 1980). O campus avançado da UEG em Parintins iniciou suas atividades em 1969, através de convênio entre a UEG, o Ministério do Interior e a Prefeitura Municipal. Neste eram realizados os estágios de interiorização do Projeto Rondon, sendo que para a área da saúde eram constituídos grupos de dez internos e cinco estudantes da quarta série de enfermagem para rodízio bimestral, “para atendimento

³⁸ O *campus* da UFF não foi propriamente implantado pelo Projeto Rondon, embora tenha havido participação da universidade no programa. As motivações pareceram ser mais internas para ampliação das ações de extensão do antigo Projeto Arariboia, tanto que o *campus* avançado da UFF era o único do Brasil vinculado ao Ministério da Educação e não ao Ministério do Interior, como os demais (SILVA, 2013).

médico sanitário a ser planejado e posto em execução na área municipal de Parintins”. As atividades tinham como objetivos:³⁹

- a) Integrar os universitários e a própria atividade universitária na problemática brasileira do desenvolvimento.
- b) Possibilitar a transferência de recursos humanos das grandes áreas geoeconômicas para a Amazônia, criando e acelerando polos de desenvolvimento.
- c) Promover estágio de observação e treinamento, objetivando conduzir os jovens alunos da UEG a participar do processo de integração nacional.
- d) Promover o aperfeiçoamento do ensino tecnológico, médico e socioeconômico, ministrado na UEG, através do contato dos diplomandos com a realidade brasileira.
- e) Permitir aos universitários das diferentes unidades trabalhos em equipe interprofissional.

Observa-se que já nessa época aconteciam rodízios de internato na Amazônia, mesmo que não com a alcunha de Internato Rural, e que os objetivos tinham como mote principal a participação da universidade e dos jovens estudantes no desenvolvimento e integração do país. Nos últimos dois objetivos, verifica-se que já naquela época eram também valorizadas questões importantes para o internato rural de hoje, que são o aprendizado a partir do contato com a realidade e o trabalho em equipe multiprofissional.

O campus de Parintins viria a se sediar posteriormente a primeira experiência de Internato Rural na Amazônia, pela antiga Universidade do Amazonas (UA), hoje Universidade Federal do Amazonas (UFAM), e onde funciona atualmente o campus do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IF) em Parintins. Em seu auge, o projeto era robusto em termos de financiamento e estrutura, avançando para incentivos mais consistentes para interiorização de profissionais já com nível superior e a criação de um serviço civil social. Em seus 22 anos de existência, o Projeto Rondon envolveu cerca de 350 mil estudantes e 13 mil professores, contemplando milhares de municípios, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Apesar da importância e magnitude, o projeto

³⁹ Esses objetivos, bem como a citação anterior, foram transcritos do Ato Executivo nº. 229 da Universidade do Estado da Guanabara – documento coletado durante o trabalho de campo e analisado quanto a sua contribuição nessa tese.

não foi livre de críticas, iniciando seu declínio no início dos anos 80, com o processo de redemocratização, sendo extinto no final de 1989 (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008).

Durante seminário de avaliação em 1979, o projeto já recebera várias críticas, principalmente ao funcionamento dos *campi* avançados, que segundo o Conselho Federal de Educação, operavam com “enclaves culturais”, sem comunicação e integração com setores e universidades locais. Houve preocupação também com o tempo curto de permanência do estudante e um possível choque cultural mais profundo, e nem sempre fácil de controlar, que poderia acontecer com os mesmos. Com o processo de redemocratização, outras críticas mais de cunho ideológico começaram a ganhar força, acusando o projeto de “anestesiando a juventude universitária”, que seria uma “forma fascista de mobilização de jovens” e “instrumento da propaganda oficial do autoritarismo” (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008; LIMA, 2012).

Não obstante as críticas, o projeto parece ter representado importante movimento no processo de interiorização e proporcionou o conhecimento de outras realidades por parte de seus atores, o que pode ter tido consequências não previstas e pouco descritas, como inserções mais profundas em comunidades e movimentos sociais, através de ações de educação popular. Além disso, pode haver reais encantamentos com a realidade do interior e aumento do compromisso social por parte dos estudantes.

Sua extinção pode ter sido motivada também por um movimento simbólico contra a ideologia da ditadura militar, não havendo o cuidado devido com seu patrimônio e a estrutura que constituiu.

Ao ser extinto o Projeto Rondon, não se considerou, também, o desperdício de recursos financeiros que se estava praticando, com a dilaceração de seu espólio, pelo abandono completo, ou cessões improvisadas das instalações e equipamentos dos vinte e três *campi* avançados. (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008, p. 63).

1.3.2.2 O Internato Rural da UFMG

Reconhecido em todo país como experiência pioneira, o Internato Rural da UFMG completou 35 anos de existência. Assim como o Projeto Rondon, surgiu no período da ditadura militar, mas com sua centralidade na prática médica e não na questão territorial. Seu objetivo está mais condizente com a ampliação da perspectiva da atenção, para além do modelo biomédico como paradigma que norteia a prática e o ensino tradicional em hospitais universitários, abordando de maneira privilegiada as relações entre medicina e sociedade (BARBOSA, 1995). Embora esse seja o mote principal, as questões políticas sempre

permeavam (nem sempre explicitamente) o propósito de se desenvolver a iniciativa de levar os estudantes para o interior. Barbosa (1995, p. 23) aponta que uma das questões era...

[...] buscar uma ruptura entre o aluno e sua concepção elitizada da medicina e proporcionar-lhe um outro espaço que possibilitasse vivenciar um conjunto de relações que envolvesse a população como aprendiz, e ainda permitisse, no mínimo, uma reflexão sobre esse processo.

A proposta surgiu no início dos debates sobre as transformações da educação médica no Brasil, contribuindo para as reflexões e ações sobre a diversificação dos cenários de aprendizagem, a aproximação com a Atenção Primária e a integração ensino-serviço. Por sua característica e objetivo, trata-se de uma proposta contra-hegemônica na época, no sentido de uma aproximação crítica com a realidade do país, em um momento delicado que nossa sociedade vivia.

No momento em que o país vivia um processo de cerceamento das liberdades democráticas e institucionais, a Faculdade de Medicina da UFMG realizou uma abertura do processo acadêmico, promovendo através da integração docente-assistencial a aproximação e interação do pensamento acadêmico com os movimentos sociais e com a realidade social e de saúde das comunidades para além do que era propagado pelos meios de comunicação e pela versão oficial imposta pelos governos militares (POLIGNANO et al., 2004, p. 2).

O início das experiências embrionárias da UFMG na área rural se deu no Vale do Jequitinhonha no início dos anos 70, com expedições voluntárias de estudantes de Medicina. Com o impacto das primeiras vivências houve um movimento de alunos e professores, que culminou na proposta curricular do Internato Rural, que foi finalmente efetivada no ano de 1978. Durante os anos 80 e 90, o estágio se expandiu para outras regiões do estado de Minas Gerais e para outras áreas da saúde, como Odontologia, Enfermagem e Farmácia, embora ainda não seja realizado de maneira integrada. O objetivo geral do Internato Rural da UFMG é:

Propiciar aos estudantes a oportunidade de melhor apreenderem as relações entre medicina e Sociedade através da participação direta no SUS e nos movimentos sociais, dentro da perspectiva de consolidar uma proposta de integração docente-assistencial, contribuindo para a formação de um profissional capaz de responder às necessidades assistenciais, de prevenção e promoção de saúde da população, exercendo na sua plenitude o papel social de cidadania (POLIGNANO et al., 2004, p. 1).

Atualmente, mais de dez mil alunos já passaram pelo Internato Rural, em mais de 30 municípios do interior de Minas Gerais, a maioria com menos de 20 mil habitantes (POLIGNANO et al., 2004).

Guimarães (2004) ressalta que o Internato Rural desperta consciência crítica no futuro médico, permite que ele avalie seu aprendizado na graduação, com base na aplicação de seus conhecimentos conforme as demandas locais em saúde, além de proporcionar uma reflexão sobre a organização do sistema de saúde. O autor chama a atenção para o fato de que no Internato Rural o aluno já assume o papel de médico, e o contato com a realidade o faz refletir sobre o processo saúde e doença e o papel do médico na sociedade.

Essa perspectiva é confirmada pelas falas de um estudante da UFMG exemplificadas por Polignano (2004), em que os aspectos relacionados à valorização do estudante já como “doutor”, trazendo à tona a responsabilidade frente a uma “crença humilde” dos usuários, e fazendo com que os alunos estejam atentos à questão da escuta e da linguagem, bem como da atitude humilde, humanizada e politizada frente à realidade, vivenciada de maneira intensa pelo interno.

O caráter de experiência de vida, de amadurecimento e compromisso está presente no relatório de um seminário de avaliação realizado em 2004, de onde destacamos as seguintes passagens, que nos ajudam a ter a verdadeira dimensão da importância do Internato Rural para a formação de atitudes dos estudantes de Medicina (POLIGNANO, 2004, p. 5-6):

A disciplina de Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG constitui uma experiência única no sentido de complementação da formação profissional, humana e política do futuro médico. [...] O estilo de vida nas pequenas comunidades rurais é muito diferente do cotidiano de um grande centro. [...] E mesmo para os mais experimentados existem dificuldades em se inserir nesse cenário. [...] O Internato Rural emoldura a concepção de promoção de saúde como prioridade e nos faz acrescentá-la em nossa formação profissional. Nos insere em uma localidade e nos faz adotar uma posição ativa diante de seus problemas, qualquer que seja a maneira que encontrarmos para atuar.

De fato, essa experiência se mostrou um diferencial no currículo da UFMG e é considerada uma das maiores experiências de integração entre ensino, pesquisa e extensão da universidade. Não é por acaso que diversas escolas médicas de todo o país se espelharam na experiência da UFMG para criar suas próprias propostas, que já são responsáveis por outros e distintos resultados, que passam a ser também contados, como é o caso do Internato Rural na Amazônia.

1.3.2.3 Projeto Saúde e Alegria⁴⁰

No final dos anos 1980, um grupo de médicos vindos do sudeste do país começou um trabalho de assistência e promoção da saúde na região ribeirinha do rio Tapajós, na região de Santarém-PA. Com o crescimento do trabalho, que agregou também artistas, inclusive palhaços de circo, eles fundaram uma organização não governamental chamada Saúde e Alegria, e receberam financiamento do BNDES,⁴¹ o que permitiu que fossem criadas pequenas estruturas (postos de saúde) nas comunidades para desenvolver o projeto. Esse crescimento inicial e as ideias pioneiras dos participantes possibilitaram a assinatura de um convênio de trabalho com a ONG holandesa *Terre des Hommes*, viabilizando a construção de uma Unidade de Saúde Fluvial, o barco “Abaré”.

A partir do final da década de 90 e na primeira década deste século, a equipe do Saúde e Alegria fez inúmeras expedições pelo rio Tapajós, realizando ações de assistência, na perspectiva da Atenção Primária, e de promoção da saúde, através da arte nas comunidades ribeirinhas. Ao longo desse caminho, alunos e professores de mais de 20 universidades tiveram a oportunidade de participar de vivências no Abaré, com destaque para a Universidade Federal de Santa Catarina, de onde um número expressivo de alunos pode participar do projeto.

Nessa época, o Saúde e Alegria e a Unidade Fluvial Abaré ganharam notoriedade nacional, iniciando um processo de transferência de tecnologia para o poder público e influenciando os debates mais recentes sobre a organização da atenção a saúde da população ribeirinha da Amazônia. Com a possibilidade de expansão, foi construída a Unidade Fluvial Abaré II, que passou a atuar no rio Arapiúns, afluente do Tapajós e também na região do baixo Amazonas. Essa segunda Unidade Fluvial foi repassada para a prefeitura de Santarém e hoje abriga uma das equipes de Saúde da Família rurais do município.

Com a crise econômica da Europa no final da primeira década dos anos 2000, a contribuição da ONG holandesa foi progressivamente diminuindo, causando impacto nas ações do Saúde e Alegria, com expressiva redução dos participantes do projeto. Atualmente, o barco Abaré realiza um número reduzido de ações e está em discussão o destino que se dará à Unidade Fluvial, havendo proposta de parceria com a Universidade Estadual do Pará (UEPA),

⁴⁰ A fonte dos dados sobre o Projeto Saúde e Alegria foram documentos coletados e conversas com pessoas envolvidas ao longo do trabalho de campo.

⁴¹ BNDES - Banco Nacional do Desenvolvimento.

incorporando às ações do Internato Rural do curso de Medicina de Santarém, com a possibilidade ainda da participação de outras universidades interessadas.

A tecnologia utilizada no Abaré e no Abaré II foi recentemente utilizada pelo Ministério da Saúde para a padronização de unidades fluviais para a Amazônia; foram construídas várias dessas embarcações para a atenção à saúde rural nos municípios da região, como é o caso da Unidade Igarapu, do município de Borba (AM), que foi a primeira a ser implantada na nova política de atenção à saúde da população ribeirinha, sendo incorporada a atual Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

1.3.2.4 A implantação do Internato Rural na Amazônia⁴²

Na segunda metade dos anos 80, o Projeto Rondon já estava em declínio, mas muitas universidades permaneciam com seu campus avançado em atividade, como era o caso da UERJ em Parintins. Nessa época, a proposta era para que houvesse a criação de expertise local, com a parceria das universidades do sul e sudeste com universidades locais. Em um encontro de professores da UERJ com professores da Universidade do Amazonas (UA), houve uma provocação para que as universidades locais implantassem estágios no interior do estado.

Dessa provocação, iniciou-se um processo de discussão entre os professores e alunos da UA na construção das bases de um estágio rural. Como naquela época a referência no Brasil era o trabalho que a UFMG desenvolvia no Vale do Jequitinhonha, houve uma comitiva da UA para conhecer o trabalho lá desenvolvido. Na volta, houve então uma série de assembleias lideradas pelo professor Mena Barreto, para construção da proposta de Internato Rural para o curso de Medicina da UA.

No decorrer do processo, já estava sendo desenvolvida em Parintins uma disciplina optativa chamada “Medicina Rural”, que foi o embrião do Internato Rural, em que os alunos tinham a sua base no campus da UERJ em conjunto com os alunos daquela universidade. Essa inserção em Parintins no contexto de declínio do Projeto Rondon permitiu que se fizessem assembleias no próprio município, culminando na decisão, com participação da comunidade local, da transferência do campus da UERJ para a Universidade do Amazonas.

Com a oficialização do campus, em 1988 teve início o internato experimental, com a ida de um grupo da UA. Esse início não foi livre de resistência, que vinha principalmente das

⁴² As informações desta parte do texto têm sua fonte na base empírica desta pesquisa, em conversas e entrevistas realizadas, anotações no diário de campo e documentos coletados durante o trabalho de campo.

famílias dos estudantes de Manaus que tinham receio que seus filhos fossem para as cidades pequenas. Com os professores, o trânsito fluiu melhor, desde que não interferisse com aqueles que não desejavam acompanhar os alunos nas pequenas cidades. O grupo de professores e alunos liderados pelo prof. Mena Barreto e pela profa. Eliana Feijó construíram uma resolução sobre o Internato Rural da UA, que foi aprovada pelo colegiado de curso e possibilitou a oficialização do estágio.

Com o sucesso do trabalho desse primeiro grupo e as bases legais aprovadas, no ano seguinte, em janeiro de 1989, iniciou-se a primeira experiência oficial de Internato Rural na Amazônia, na cidade de Parintins. As ações tinham apoio da fundação SESP, que mantinha um hospital e uma unidade de lotação no município, contando também com visitadoras sanitárias e auxiliares de saneamento. Os alunos se inseriam nas ações de assistência e promoção, permanecendo de três a quatro meses no município sob supervisão de profissionais locais e professores da universidade. Inseridos na realidade local, poderiam refletir sobre os determinantes de saúde e entrar em contato com problemas locais, além de contribuir para o desenvolvimento do sistema de saúde no interior, que na época ainda enfrentava dificuldades importantes.

A partir dessa primeira experiência, os rodízios do Internato Rural ocorreram de maneira ininterrupta em Parintins e, ao longo do tempo, outros municípios foram incluídos no processo, havendo hoje uma quantidade expressiva de municípios do Amazonas em que ocorre o Internato Rural da (atual) da Universidade Federal do Amazonas. A resolução aprovada pelo colegiado, que regulamentava o estágio, serviu de influência para a implantação do Estágio Rural da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e de outros cursos de Medicina que foram sendo implantados já nos anos 2000, no contexto de expansão de escolas na Região Norte do país.

1.3.2.5 Contexto atual do Internato Rural na Amazônia

O Internato Rural não constitui uma ação isolada no currículo de Medicina. Os princípios de sua realização são congruentes com as bases da transformação do ensino médico no Brasil, que vem acontecendo nas últimas duas décadas e que tem como marco referencial as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de Medicina, publicados em 2001 (BRASIL, 2001).

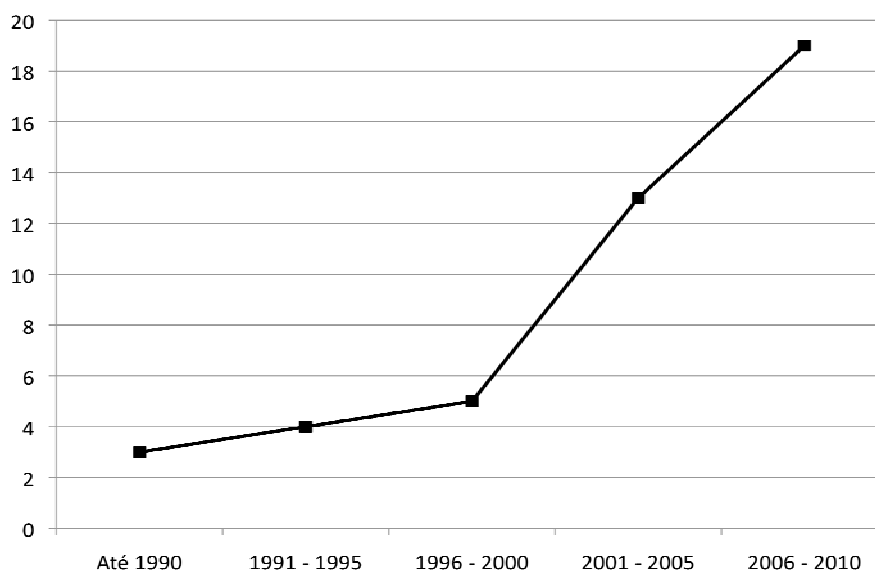
A constatação de uma prática médica que não é capaz de gerar respostas satisfatórias para as necessidades da população e do sistema de saúde foi a principal motivação para que o

processo de transformação se iniciasse. A formação com ênfase na técnica e no estudo das doenças acaba por deixar em segundo plano a pessoa (o paciente). Os médicos se concentram então em diagnosticar e tratar doenças, mas não se dão conta de que esse processo de adoecimento é vivido por uma pessoa, que pouco é entendida em sua integralidade pelo profissional. Há então, como nos ensina Ayres (2007), um distanciamento entre a eficácia técnica, ou seja, o saber fazer na perspectiva médica (conhecimentos e procedimentos), e o sucesso prático, que depende da vida e das ideias dos pacientes. As questões centrais da origem desse distanciamento se encontram no paradigma biomédico (biomedicina) da prática e na formação médica, sendo bastante amplificado pela perspectiva mercantilista da profissão com ênfase nas especialidades, muito intensa e enraizada atualmente na sociedade, e que está atrelada à atuação de indústrias farmacêutica e de equipamentos no campo da Medicina.

O movimento de transformação da formação médica tem como objetivo a formação de um médico crítico e reflexivo, que conheça o sistema de saúde onde vai atuar e que tenha compromisso social e atitude baseados no respeito, na ética e nas necessidades da população. Para a formação desse médico, algumas mudanças no currículo têm sido incorporadas, dentre elas a mudança do modelo pedagógico, passando da centralidade do professor para o protagonismo do aluno no aprendizado, e a diversificação dos cenários de prática, com a inserção dos alunos na Atenção Primária desde o início do curso e as iniciativas de Internato Rural.

A expansão da educação médica na Região Norte do Brasil é um fenômeno recente. Como observado na figura 1, até o ano 2000 só existiam cinco escolas médicas na região. A partir da virada do século, houve um aumento importante do número de cursos de Medicina, chegando atualmente a 19 escolas. As 15 escolas que iniciaram suas atividades após o ano 2000, na vigência das novas DCNs, já incorporaram em maior ou menor grau as mudanças curriculares que teoricamente podem contribuir para a formação de um médico mais próximo das necessidades do sistema e da população. Sendo assim, quase a totalidade dessas escolas tem em seu currículo a previsão de períodos de estágio ou Internato Rural.

Figura 1. Expansão dos cursos de Medicina na Região Norte

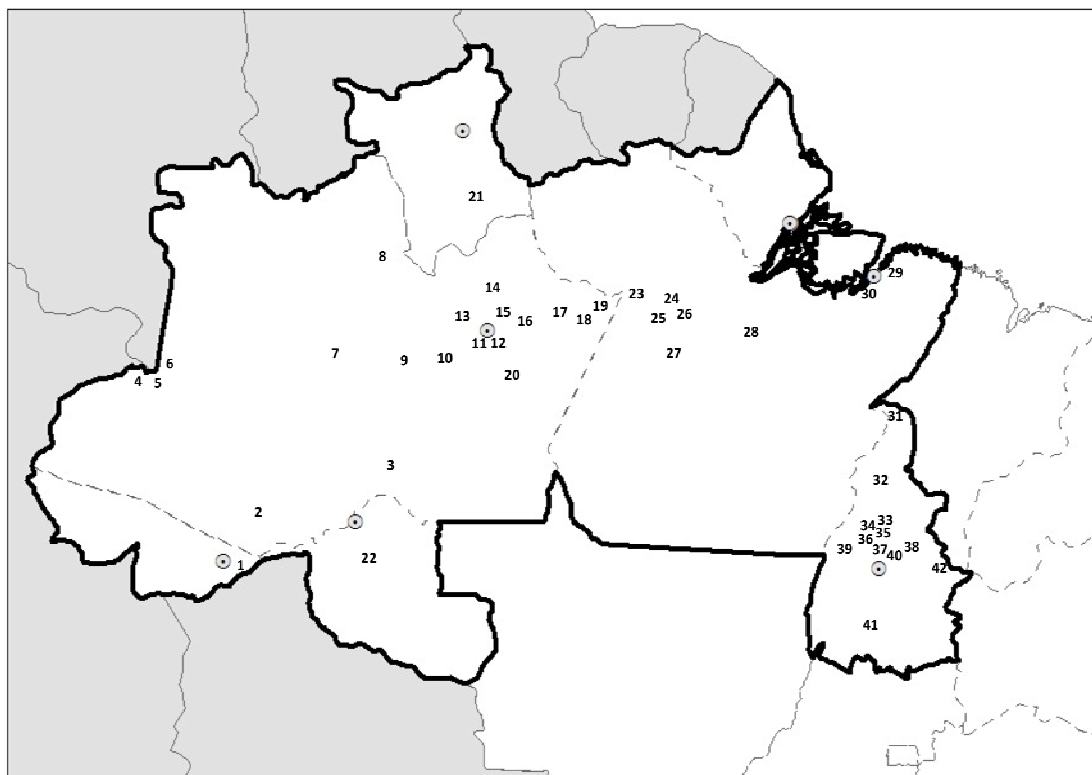


Fonte: Banco de Dados e-MEC – Ministério da Educação

O Internato Rural, considerando possíveis flutuações relacionadas à conjuntura local, está presente hoje em cerca de 42 municípios da Amazônia (figura 2), a maioria dos quais com até 50 mil habitantes. Trata-se de municípios que, em grande parte, possuem área territorial extensa,⁴³ mas cuja sede está incrustada no interior da floresta e geralmente é banhada por um dos rios da região. Os alunos utilizam os mais variados meios de transporte para chegar ao município, abrangendo a via aérea para locais mais distantes (p. ex: Tabatinga-AM), fluvial para os de distância mediana (p. ex: Borba-AM e Juruti-PA) e terrestre para os mais próximos (p. ex: Iranduba-AM e Santa Bárbara-PA).

⁴³ A única exceção é o Estado do Tocantins, que possui grande número de pequenos municípios, tanto em extensão territorial como em população.

Figura 2. Municípios que contam com Internato Rural na Amazônia - 2013

**Quadro 3. Municípios onde se desenvolvem os estágios do Internato Rural na Amazônia**

1 – Plácido de Castro (AC)	22 – Montenegro (RO)
2 – Boca do Acre (AM)	23 – Juruti (PA)
3 – Humaitá (AM)	24 – Vila de Alter do Chão – Santarém (PA)
4 – Atalaia do Norte (AM)	25 – Belterra (PA)
5 – Benjamin Constant (AM)	26 – Mojuí dos Campos (PA)
6 – Tabatinga (AM)	27 – Ruropolis (PA)
7 – Tefé (AM)	28 – Vitória do Xingú (PA)
8 – Barcelos (AM)	29 – Santa Izabel (PA)
9 – Coari (AM)	30 – Barcarena (PA)
10 – Beruri (AM)	31 – Esperantina (TO)
11 – Manacapuru (AM)	32 – Colinas (TO)
12 – Iranduba (AM)	33 – Pedro Afonso (TO)
13 – Novo Airão (AM)	34 – Rio dos Bois (TO)
14 – Presidente Figueiredo (AM)	35 – Fortaleza do Tabocão (TO)
15 – Rio Preto da Eva (AM)	36 – Lajeado (TO)
16 – Itacoatiara (AM)	37 – Miranorte (TO)
17 – Urucurituba (AM)	38 – Miracema (TO)
18 – Barreirinha (AM)	39 – Divinópolis (TO)
19 – Parintins (AM)	40 – Aparecida do Rio Negro (TO)
20 – Borba (AM)	41 – Peixe (TO)
21 – Rorainópolis (RR)	42 – São Félix (TO)

Fonte: Dados empíricos da pesquisa.

Nas experiências de Internato Rural, o grupo de alunos faz uma imersão na realidade do município, permanecendo nele um tempo que varia entre três semanas e quatro meses, normalmente sem interrupções. Nos programas mais estruturados, os alunos recebem uma

bolsa, que pode chegar a dois salários mínimos, paga pela universidade ou pelo município, sendo este último geralmente responsável pela hospedagem dos mesmos, em casa alugada, pousada ou hotel.

Algumas experiências, como a da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e da Universidade Federal do Tocantins (UFT), são formadas equipes multidisciplinares para a realização do estágio rural com integração de alunos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Essa característica pode contribuir para a diminuição das tensões existentes entre as profissões, muitas vezes chegando ao contexto universitário. Embora seja o ambiente propício para essa integração, a maioria das escolas não a realiza, permanecendo somente a área médica, ou até existindo o estágio em outros cursos, mas de maneira independente da medicina.

As experiências de Internato Rural na Amazônia têm diferentes características de realização e estão em diferentes estágios de implantação. Existem universidades que têm experiências mais antigas e consolidadas, como a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), e aquelas que são relativamente novas e que estão caminhando para a consolidação, casos da UEA e UEPA-Santarém, que fizeram parte desta pesquisa. Essas contam com um número expressivo de municípios já conveniados e com resultados mais consistentes dos estágios. Há aquelas outras que ainda buscam se firmar, como a da UFAC e da UFPA, com número reduzido de municípios e muito dependente da ação dos professores. Há ainda aquelas que estão no início, mas começaram com grande apoio, como o caso da UFT, e também aquelas que estão inativas, como é o caso de UNIR e UFRR.

Alguns cursos de Medicina de instituições privadas da região também desenvolvem o Internato Rural, como é o caso da Faculdade São Lucas em Rondônia, que faz o estágio no município de Montenegro-RO, em convênio com a Universidade de São Paulo, que possui um campus de pesquisa na localidade. A partir de informações básicas dos cursos médicos, é possível identificar três situações em que as experiências de Internato Rural se encontram na Amazônia: (1) experiências incipientes em um município do interior; (2) experiências ativas em um município do interior; e (3) experiências ativas em mais de um município do interior. Das escolas estudadas na fase exploratória e no trabalho de campo propriamente dito, quatro já estão na desejada situação 3 (UFAM, UEA, UEPA-Santarém e UFT); quatro se encontram na situação 2 (UFPA, CESUPA - PA e Faculdade São Lucas – RO, Faculdade Nilton Lins - AM); e cinco ainda estão tentando consolidação, permanecendo na situação 1 (UFAC, UFRR,

Unir, Facimed - RO, FIMCA - RO).⁴⁴ Esses dados reforçam a dificuldade de consolidação do Internato Rural na região, havendo necessidade de produção de conhecimento e ações concretas para apoiar as iniciativas das escolas.

1.3.2.6 Concepção pedagógica e atividades realizadas no Internato Rural⁴⁵

Um dos únicos estudos que tratam especificamente sobre a questão das concepções pedagógicas do Internato Rural no Brasil é o realizado como dissertação de mestrado por Barbosa (1995), sobre a experiência da UFMG. A autora contextualiza a disciplina no movimento de transformação da educação médica, considerando a emergência de um novo paradigma na saúde, que considera o homem inserido na sociedade, e as mudanças nos modelos assistenciais, com ampliação e maior ênfase na Atenção Primária à Saúde. Desta maneira, ela situa o Internato Rural como um rompimento com a perspectiva hospitalocêntrica da educação médica, deslocando o eixo do aprendizado para os cuidados primários, focalizando os agravos mais comuns da população, considerando prevenção e assistência, considerando o ser humano integrado à sociedade (BARBOSA, 1995).

De acordo com as reflexões da autora, a concepção pedagógica do Internato Rural não considera o ensino como mera reprodução do saber, centrado nas questões de aprendizado próprias do domínio cognitivo, mas privilegia o aprender-fazendo, possibilitando a manifestação da criatividade do estudante. De fato, a relação ensino-aprendizagem presente no Internato Rural se concretiza na experiência. John Dewey (2011) nos ensina que não é qualquer experiência que nos traz aprendizado. Para ele “tudo depende da qualidade da experiência que se tem” (p. 28). E essa qualidade leva em consideração dois aspectos: ser agradável ou desagradável e ser capaz ou não de influenciar experiências posteriores. Se, para o autor, o primeiro é fácil de julgar, o segundo alcança níveis mais profundos de análise.

O efeito de uma experiência não se origina em sua superfície e isso se torna um problema para o educador. É sua tarefa proporcionar situações para que as experiências, embora não provoquem resistência por parte do aluno, mobilizem seus esforços e que, além disso, se apresentem em forma de atividades mais do que imediatamente agradáveis, na medida em que o estimulem e o preparem para experiências futuras. Assim como nenhum homem vive e morre para si mesmo, nenhuma experiência vive e morre para si mesma (DEWEY, 2011, p. 28).

⁴⁴ Não se conseguiram dados suficientes sobre o internato rural de cinco escolas – as três do interior do Tocantins (FAPAC Porto Nacional, ITPAC Araguaína e Unirg Gurupi) e a UEPA-Belém.

⁴⁵ As informações desta parte do texto têm sua fonte na base empírica desta pesquisa, em conversas e entrevistas realizadas, anotações no diário de campo e documentos coletados durante o trabalho de campo.

A partir dessa consideração, é de importância pedagógica para o Internato Rural que seus coordenadores e professores atuem para que a experiência seja positiva, e que as questões que emergem da experiência para reflexão façam sentido para a prática médica futura.

O desenvolvimento da responsabilidade e da autonomia do estudante é questão central para o Internato Rural. Trata-se de “uma antecipação, ainda que sob supervisão, do momento no qual ele faria a ruptura definitiva do seu vínculo com a Universidade” (BARBOSA, 1995, p. 24-25). Nessa perspectiva, o professor é um facilitador e atua mais na supervisão (presencial e à distância) das ações, debatendo as questões mais importantes que se colocam ao longo da experiência, tanto em relação a resolução ou enfrentamento de problemas, quanto nas reflexões sobre a prática que o estudante exercita frente à realidade vivida, e aponta caminhos para o desenvolvimento integral do futuro médico. Na cidade pequena, o acompanhamento cotidiano se dá por profissionais que atuam no local, como preceptores a quem os estudantes recorrem de maneira mais imediata em caso de dúvidas.

A centralidade no estudante como elemento pedagógico fundamental do Internato Rural permite que o próprio possa interferir ativamente em seu itinerário formativo, reconhecendo e procurando preencher lacunas existentes num processo de autoavaliação, e procurando construir sua própria forma de exercer a medicina. Além disso, o mesmo pode atuar como sujeito social, apontando e procurando enfrentar conjuntamente as demandas e necessidades das pessoas do interior. Desta forma, podem também despertar para a realidade social e de saúde da população, identificando a estreita relação entre as duas. “A proposta pedagógica pretendia, com a utilização de dados da própria realidade social, desfazer o mito de que a academia de medicina vivia em uma ‘torre de marfim’” (BARBOSA, 1995, p. 27).

Os estudantes geralmente são recebidos na Secretaria Municipal de Saúde e inseridos em uma das Unidades Básicas de Saúde junto a uma ou mais equipes de Saúde da Família. A partir das orientações dos preceptores ou junto dos mesmos, os estudantes constroem uma rotina de atividades e cronograma de ações, que segue também a programação de atividades da equipe para o período de estágio.

As atividades que são mais descritas pelos estudantes são as consultas médicas e as ações de educação em saúde. Nas consultas, eles atuam sozinhos ou acompanhando o preceptor. No primeiro caso, eles costumam discutir a conduta com o preceptor antes de terminar a consulta. Ao longo do internato, com a rotina de realização de consultas, os estudantes vão observando e refletindo sobre sua prática. Costumam ficar muito entusiasmados com a reação das pessoas a sua abordagem, onde são chamados de “doutor”,

com a gratidão e a valorização de sua atitude como médico. Eles referem que aos poucos vão conformando uma maneira própria de atender e que o fato de estarem mais “sozinhos” faz com que desenvolvam um estilo próprio de praticar a medicina.

As atividades de educação em saúde são realizadas nos serviços, escolas, centros comunitários e outros dispositivos locais. Seguem geralmente a programação das equipes conforme a época de campanhas ou a partir do atendimento de número expressivo de determinado problema. Foram referidos ou observados na pesquisa que são feitas atividades com temas como tuberculose, higiene, violência, acidentes de motocicleta, doenças crônicas etc. Um dispositivo que na maioria das cidades eles têm a oportunidade de vivenciar é a rádio local. Os estudantes participam ativamente dos programas de rádio locais, tendo a oportunidade de planejá-los e executá-los, sentindo o retorno da população local em relação às questões abordadas nessas ocasiões.

A vivência de trabalho em equipe parece ser diferenciada no Internato Rural. Por estarem inseridos em uma equipe integralmente, eles participam das reuniões e de todo o processo de planejamento e execução das atividades. Esse cotidiano mais intenso de vivência de equipe parece trazer maior valorização dos profissionais das diferentes áreas e das funções desempenhadas. Trata-se de uma experiência importante nesse contexto de corporativismo profissional em que se vive atualmente, podendo trazer frutos para as possíveis inserções em equipe após a formatura.

Os atendimentos realizados na zona rural, em vilas e pequenos povoados, são muito valorizados pelos estudantes que fazem o Internato Rural. É sobre as ações nessas localidades que eles fazem relatos mais intensos e mobilizadores de afeto. A oportunidade de participar de uma ação em unidade fluvial é ímpar na vida do estudante, pois o mesmo fica dias imerso na experiência de visitas às comunidades ribeirinhas e no trabalho e convivência em equipe. Ao mesmo tempo em que conhecem uma nova realidade, contribuem para a melhoria da saúde de pessoas que têm pouco acesso à saúde no cotidiano de vida. Essa experiência traz uma sensação boa e gratificante para o estudante, que sente que ao mesmo tempo em que está aprendendo a ser médico, está contribuindo para a melhoria da saúde daquela população. Os atendimentos em área rural dão maior dimensão às questões do contexto de vida, da realidade familiar e social, e da cultura das pessoas, sendo uma das ações que mais aproveitam seu processo de aprendizado com a experiência.

Mas a experiência do Internato Rural não se limita às atividades de saúde que desempenham. Desde o momento em que saem de suas casas, percebem um mundo novo, em que permanecem em convívio diário com um grupo que às vezes nem conheciam. São

levados a se organizar como pessoas, em sua alimentação, limpeza das roupas e organização do tempo. E, nos momentos de lazer, têm a oportunidade de conhecer lugares e pessoas, de se divertir em um contexto que não estavam acostumados e de trocar ideias e ouvir histórias que não ouviriam na capital. Trata-se não apenas de uma experiência acadêmica, mas de uma experiência de vida.

Sob o ponto de vista da proposta pedagógica, o Internato Rural representa a oportunidade de propiciar ao aluno a vivência de fato e a consequente reflexão sobre a realidade diversificada do trabalho médico, possibilitando-lhe exercer um papel importante de ator e não somente de espectador passivo, resultando disso uma graduação integrada socialmente. Essa oportunidade de participar do cotidiano popular, de suas dificuldades, suas estratégias de sobrevivência, seus mecanismos políticos e de poder dos grupos comunitários representa um aporte pedagógico inesgotável. (BARBOSA, 1995, p. 25).

1.3.2.7 Desafios para o Internato Rural na Amazônia

Embora a importância do Internato Rural seja atualmente reconhecida por professores e alunos como uma atividade diferenciada em seus itinerários formativos, sua consolidação está longe de ser um fenômeno simples. Ainda são consideráveis os desafios que as universidades enfrentam para que essa atividade se concretize, envolvendo questões de diferentes esferas, como as burocráticas, logísticas, pedagógicas, entre outras.

O primeiro desafio é a regulamentação ou inclusão do Internato Rural nos Conselhos Administrativos das universidades e/ou escolas médicas. A regulamentação constitui um dispositivo importante para deixar claras as regras de estágio, que dizem respeito ao período (tempo), localidade, preceptoria e outros itens tanto logísticos como pedagógicos. Além disso, delimita as situações em que, em caráter excepcional, o estudante possa cumprir o estágio na capital, como no caso de alunas grávidas, nutrízes ou com crianças pequenas.⁴⁶ Uma questão com que as universidades têm se deparado é a adequação do Internato Rural à nova lei do estágio (BRASIL, 2008), que estipula que a instituição deve garantir seguro ao aluno enquanto este estiver em campo. Embora não seja uma questão apenas para o Internato Rural, nele há maior expressão das questões envolvidas com segurança, pois o local é distante da capital, exigindo viagens por vezes longas, e há menor governabilidade da universidade sobre os serviços e as atividades executadas pelos internos. Estas podem de certa forma tornar nesse período o interno mais vulnerável a agravos ou condições que afetem sua saúde.

⁴⁶ A fonte dessas informações é a Resolução n. 018/91, do Conselho de Ensino e Pesquisa da Universidade do Amazonas, que regulamente o internato no curso de Medicina na instituição.

O Internato Rural pressupõe articulação entre a instituição de ensino superior e os municípios do interior, que geralmente acontece através de convênio firmado entre as duas partes, que contempla as questões envolvidas no bem-estar dos estudantes na localidade, como moradia/alojamento, assim como delimita as atividades que os mesmos deverão desempenhar ao longo do estágio. O grande desafio dessa articulação está nos períodos de troca de gestão municipal, que invariavelmente implicam uma reapresentação da importância do Internato Rural para o município e para a formação médica, chegando até a possibilidade de renegociação de convênio ou em situações mais extremas, de descontinuidade do estágio. Esta última condição constitui um dos principais problemas na manutenção das atividades do Internato Rural, principalmente nas experiências implantadas mais recentemente, não sendo rara sua ocorrência nos cursos da Amazônia.

Como atividade fora da sede da universidade, a viabilização do internato depende de questões logísticas que não são fáceis de equacionar. O contexto das longas distâncias e de dificuldades relativas a transporte na Amazônia as torna ainda mais desafiadoras. A primeira questão é: como levar os estudantes até os municípios? As distâncias e o acesso guiam as possibilidades. Enquanto há localidades mais próximas das capitais, cujo transporte terrestre é viável, existem muitas outras em que apenas o transporte fluvial ou aéreo é possível, sendo que o porte do município e a largura do rio que o banha condicionam o tamanho do barco ou avião que conseguem chegar até sua sede. Em casos extremos, há municípios em que o rio sofre variação importante de maré conforme a época do ano, impedindo que barcos maiores adentrem seu leito, sendo necessárias pequenas embarcações como as chamadas *voadeiras*.⁴⁷ Da mesma forma, as condições da pista de pouso condicionam o tipo de avião, não sendo rara a necessidade de que seja um mono ou bimotor no caso dos pequenos municípios. As viagens de avião costumam ser mais rápidas, mas as de barco podem durar horas ou até dias, dependendo do tipo de embarcação.

Em algumas universidades, o Internato Rural é realizado numa localidade mais próxima da capital, com acesso terrestre ou fluvial em poucas horas. Nesse caso, geralmente os estudantes podem ir e voltar no mesmo dia para a cidade-sede da universidade. No caso dos programas que acontecem em vários municípios, como aqueles que fizeram parte desta pesquisa, a moradia e a alimentação para a manutenção dos internos em campo de estágio no

⁴⁷ *Voadeiras* são pequenas embarcações de metal com um motor de popa muito utilizada para navegação na Amazônia, alcançando maior velocidade e menor tempo de viagem que os barcos tradicionais, além de possibilitar a navegação em pequenos rios e igarapés, sujeitos a grande variação de maré.

período previsto geralmente são garantidas pelas prefeituras, numa contrapartida dos municípios ao trabalho realizado.

Como dito anteriormente, em alguns programas os internos ganham uma bolsa de estudos que pode ajudar nas questões logísticas relativas a sua presença no município. Esta pode ser paga pela universidade, pelo município ou por alguma instituição parceira de uma ou de outra parte do convênio. O alojamento costuma ser num hotel ou pousada do local, numa casa alugada para hospedar os estudantes, ou até mesmo na casa de algum morador local que se disponha a receber os estudantes.

A preceptoria constitui um dos mais importantes desafios do Internato Rural, em se tratando das questões pedagógicas e de organização do trabalho local. Os tipos de preceptoria são variáveis conforme a escola médica a que pertence o programa, e acaba por influenciar o tipo de atividade que predomina durante o estágio. Em alguns casos, o preceptor é o médico do serviço, predominando como atividades as consultas na unidade sob supervisão direta. Em outros, o estágio é mais centrado nas atividades de saúde coletiva, como educação em saúde e trabalho no território. Nesses casos, o preceptor atua mais como um facilitador do desenvolvimento das atividades locais, sendo um profissional (não necessariamente médico) de algum serviço ou que atua na Secretaria de Saúde. A remuneração e o reconhecimento do preceptor não são padronizados, sendo (ou não) realizados a partir das condições da universidade e dos municípios. Há casos em que apenas há a emissão de um certificado pela universidade, e outros em que o profissional ganha uma gratificação por sua atividade como preceptor. Independentemente de ocorrer no Internato Rural a regulamentação da atividade de preceptoria, esta é cada vez mais necessária a partir da maior integração das escolas médicas com os serviços, e tem sido objeto de estudos que visam construir as bases para o fortalecimento dessa atividade (SOARES et al., 2013).

São incomuns, mas ainda existem, as situações em que o estudante fica sem preceptoria médica local pela falta momentânea de médicos no município. Essa situação constitui um sério problema ético para o estágio, resultando na descontinuidade das atividades de assistência ou até mesmo a retirada dos estudantes do local. Essa foi uma das divergências relatadas por Barbosa (1995) na experiência da UFMG, em que o fato de os alunos estarem no município e não haver possibilidade de apoio médico nas 24 horas, isentava a prefeitura de contratar profissionais para essa atuação. A autora relata que na época alguns discentes chegaram a impetrar mandato de segurança contra a faculdade, alegando exercício ilegal da profissão.

Uma preceptoria forte é importante para dar segurança e guiar o estudante no seu aprendizado, mesmo que o estágio no Internato Rural tenha como um de seus objetivos fazer com que o estudante ganhe autonomia e capacidade de autogerenciamento. Nas condutas médicas, o preceptor é condição *sine qua non*, pois é quem confere respaldo legal e da segurança nas escolhas, mesmo que não tenham que alterá-las em nada. Além disso, dependendo de suas características, o preceptor pode desenvolver o que Hannah Arendt chama a atenção para o papel do professor na educação (ARENDR, 2009), apresentando o mundo para o estudante, e problematizando sua história e construção. Essa ação no contexto do Internato Rural na Amazônia pode levar o estudante a reflexões importantes e oportunas sobre o mundo, sua profissão e sua atitude frente aos dois, e principalmente ao se relacionar com os pacientes que atende. Trata-se de um momento em que a experiência de vivenciar uma nova realidade e o contato com pessoas que pensam diferente pode mobilizar valores internos capazes de afetar sua ação no mundo, e por conseguinte, influenciar de alguma maneira sua forma de praticar a medicina. Exemplo disso são alguns estudos sobre o recrutamento e a fixação de médicos em áreas rurais (ROURKE et al., 2005), que mostram que uma experiência positiva no Internato Rural pode aumentar a chance de que esse egresso trabalhe no interior.

Outro grande desafio para o Internato Rural na Amazônia é a preparação e a problematização sobre o diálogo entre culturas, que ocorre no contato do estudante com a população local. Esse é um diálogo que acontece em qualquer encontro entre médicos e pacientes, sendo a competência cultural um dos atributos importantes do profissional que trabalha em Atenção Primária (TARGA, 2011). Porém, no contexto da área rural da Amazônia, a diferença de vida e cultura entre médico e paciente toma contornos mais vultuosos, tornando-se uma das questões centrais nesse encontro. As origens do povo, com forte influência dos traços indígenas, sua linguagem, o tempo e a forma como entendem e lidam com o processo de adoecimento podem ser muito diferentes. Já o estudante chega nesse ambiente com uma forte bagagem biomédica dos praticamente seis anos de faculdade, com base em condutas padronizadas em realidades predominantemente hospitalares de grande centro. Pode haver nesse encontro o que os estudantes chamam de “choque de realidade” ou “choque de cultura”, referindo-se a essa diferença existente nesse contexto. Trata-se então de um momento em que idealmente os professores e preceptores, e possivelmente profissionais de outras áreas (como Antropologia, Sociologia...), devem problematizar essas questões reconhecendo *in loco* a importância para uma boa prática da medicina, mais próxima da realidade da população.

Entendendo o Internato Rural como uma experiência cujo aprendizado mais significativo não é propriamente o do domínio cognitivo, mas que o integra com o aprendizado de habilidades e de atitudes ligadas ao contexto vivenciado, um desafio interessante que se coloca é como avaliar adequadamente esse aprendizado. Geralmente, ao final do estágio, além dos itens ligados a frequência, pontualidade etc. avaliados pelo preceptor, em alguns casos os estudantes entregam um relatório e fazem uma apresentação para a turma sobre as atividades realizadas. Tradicionalmente, tem-se dificuldade em realizar avaliações que não sejam as provas com questões objetivas ou discursivas que avaliam sobretudo o conhecimento do estudante.

Mais recentemente, outras modalidades de avaliação que integram dimensões têm sido implementadas com sucesso em muitos cursos de Medicina do país. Um exemplo é o Exame Estruturado de Habilidades Clínicas (Osce), que simula situações reais em estações, em que os estudantes são avaliados nas suas três dimensões. Embora seja factível fazer uma avaliação nesses moldes para o Internato Rural, talvez esta não capte as questões mais reflexivas que se deseja avaliar a partir da experiência, limitando-se à demonstração das competências desenvolvidas. Um dos métodos promissores de avaliação formativa é o portfólio reflexivo (SILVA; FRANCISCO, 2009), que pode ser bem aplicado ao contexto de Internato Rural, pois é capaz de dar a dimensão da experiência nas reflexões que o estudante expressa, podendo ser realizado como uma espécie de “diário de bordo” da experiência (ver item 1.2.3).

Um último desafio que trazemos para este texto diz respeito aos benefícios que o Internato Rural traz para a localidade. No trabalho de Neves e Spineli (2008), os mesmos colocam que os principais benefícios do estágio são para os estudantes, ficando pouco de ganho para a comunidade. Embora isso possa ser realidade, alguns ganhos para o local foram referidos direta ou indiretamente por estudantes e professores nesta pesquisa. O primeiro é sem dúvida o aumento e qualificação da força de trabalho. São estudantes de Medicina do último ano que fazem o estágio, podendo aumentar a capacidade de atendimento do serviço em que estagiam. Como estão acabando de estudar temas da medicina, seu conhecimento teórico pode trazer benefícios na atualização do médico e da equipe local, “funcionando indiretamente como um programa de atualização e reciclagem para os médicos locais” (BARBOSA, 1995, p. 33) e aumentando, por consequência, a qualidade do atendimento. Este aspecto pode também acontecer pela dinamização da estratégia de Telessaúde pelo estudante, que pode ter mais tempo para sua utilização, ajudando a equipe local a se comunicar com a central do programa. Ainda em sua atuação direta, os estudantes podem contribuir, e

costumam fazê-lo, na organização e execução de atividades de educação em saúde, onde têm a oportunidade de trocar ideias com a população e atuar na promoção da saúde local.

Outros ganhos para o município, mais indiretos, estão na simples presença da universidade na localidade, o que pode contribuir de alguma forma para o desenvolvimento local, e na possibilidade de que algum dos estudantes volte para trabalhar como médico, o que não é difícil de acontecer se a experiência for positiva para o estudante. Vários entrevistados fizeram alusão à possibilidade de trabalhar no interior após formados, inclusive a partir de uma mudança de concepção sobre a realidade e o sistema de saúde nas pequenas cidades (vide item 2.1.3).

A concepção arendtiana de que a esperança do mundo está na natalidade, pois a partir dos que chegam ao mundo este pode ser constantemente renovado (ARENDDT, 1997), materializa-se nas experiências de Internato Rural. Estas são atividades relativamente novas no contexto da graduação em Medicina no Brasil, e têm mostrado uma perspectiva diferenciada de itinerário formativo, trazendo outras questões para o centro do processo reflexivo da prática médica, como a história e a cultura do povo local. O contexto do interior da Amazônia, como cenário de ensino e aprendizagem para os cursos da região, tem ajudado a trazer esse enfoque regional para as escolas médicas do norte do país.

A história da implantação do Internato Rural na Amazônia se mistura com os processos de integração e desenvolvimento regional, e a partir de exemplos de sucesso vêm se multiplicando, alcançando número expressivo de municípios na região. Com o crescimento do número de cursos de Medicina na Amazônia na última década e a consolidação do Internato Rural como atividade importante nos currículos de Medicina, começam a se apresentar os desafios para que as experiências sejam efetivadas e sejam positivas na vida do estudante.

Para enfrentar esses desafios torna-se importante produzir conhecimento sobre as experiências de internato rural, seu significado, sua importância pedagógica e suas consequências na formação e no trabalho, com foco especial para a interiorização da profissão, bem como a troca de ideias entre os professores e estudantes que participaram ou viveram a experiência. Dessa forma, criam-se subsídios para que a história continue a ser contada, dando uma contribuição pequena em termos de tempo, mas grande em termos de pensamento reflexivo e amor ao mundo, para uma prática médica mais humanizada e centrada nas pessoas.

1.3.3 O acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais e urbanas e a problemática da má distribuição dos médicos no país

Um dos dilemas atuais do setor saúde no mundo é a má distribuição de profissionais de saúde entre áreas rurais e urbanas e entre capitais e interior, com destaque para a classe médica. A elucidação desse problema e as evidências sobre os caminhos possíveis para enfrentar esse desafio motivaram a formulação de recomendações, por parte da OMS, para políticas de recrutamento e fixação de médicos em áreas rurais ou remotas, visando ao aumento do acesso em saúde para essas populações (WHO, 2010).

No Brasil, além destas mesmas disparidades entre os meios rural e urbano e capitais e interior, está bem estabelecida e mapeada a desigualdade na distribuição de médicos e de escolas médicas entre as regiões, prevalecendo uma concentração nas regiões Sudeste e Sul. Apesar de já haverem sido realizados alguns programas de nível nacional para interiorização dos médicos, como o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), essa má distribuição pouco se alterou em praticamente meio século de iniciativas (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008).

Este item tem por objetivo analisar os indicadores de distribuição de médicos, especificamente Região Norte do país, a partir da publicação do CFM, com especial atenção para as disparidades entre capitais e interior nos estados da Amazônia. Pretende-se, através desta análise, gerar subsídios para a formulação de políticas públicas que possam enfrentar as desigualdades inter e intrarregionais existentes no país.⁴⁸

Recentemente, o Conselho Federal de Medicina publicou a segunda edição de uma pesquisa denominada *Demografia Médica no Brasil*, dando números atuais ao problema da má distribuição. O principal indicador utilizado para a comparação é a relação de médicos por mil habitantes. As análises realizadas considerando os estados e as capitais, utilizando fontes para quantificar os médicos registrados, contratados, cadastrados e ocupados (CFM, 2013). A forma que interessa ao presente estudo é a de médicos registrados, que utiliza os dados dos Conselhos Regionais de Medicina, com base no endereço de registro dos médicos em cada estado.

⁴⁸ As análises deste capítulo configuram um estudo descritivo com dados agregados (estudo ecológico). As fontes utilizadas foram os bancos de dados ou documentos oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (BRASIL, 2013a), do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2013), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 2013b) e do recente estudo do Projeto de Avaliação das Escolas Médicas coordenado pela equipe de educação médica da USP (2013).

O estudo mostra que a relação no Brasil como um todo é de 1,8 médicos por mil habitantes,⁴⁹ não havendo ainda consenso se a mesma é adequada ou aquém das necessidades do país. Comparando com outras realidades em nível mundial, essa relação fica abaixo de países como Inglaterra (2,74), Austrália (2,99), Argentina (3,16) e Uruguai (3,74), e acima de outros como Chile (1,09), Bolívia (1,2) e Peru (0,9) (WHO, 2011). Não obstante, existe clareza suficiente da realidade de má distribuição entre as regiões, sendo esta relação maior nas regiões Sudeste e Sul, e menor nas regiões Norte e Nordeste (tabela 1). O mesmo se observa quando se comparam capitais com o interior, prevalecendo relações mais altas nas capitais, chegando a 11,6 em Vitória (ES), e bem abaixo no interior (CFM, 2013).

O número de médicos por habitante chega a ser quase três vezes superior nas capitais do Sul em relação às do Norte, e mais de quatro vezes maior no interior do Sudeste em relação ao Norte. Essa disparidade é ainda maior quando comparamos as relações entre capitais e interior em todas as regiões, sendo as maiores diferenças nas regiões Norte e Nordeste, com número de médicos por habitantes seis e dez vezes superior nas capitais em relação ao interior, respectivamente.

Tabela 1: Relação de médicos por mil habitantes nas regiões do Brasil, nas capitais e no interior, e a relação capitais/interior – Brasil, 2013.⁵⁰

Regiões	Total	Capital	Interior	Razão capitais/interior
Norte	1,0	2,5	0,4	6,3
Nordeste	1,2	4,1	0,4	10,3
Centro-Oeste	2,0	3,5	1,3	2,7
Sudeste	2,6	5,4	1,7	3,7
Sul	2,0	7,1	1,3	5,4

Fonte: elaboração própria.

Muito se tem debatido sobre a necessidade ou não de aumento no número de médicos no Brasil, e embora o tema seja de relevância social, as defesas não são livres de interesses particulares, ideológicos, partidários ou corporativos. Enquanto as entidades médicas se fixam na, já bastante clara, má distribuição regional de médicos, as instâncias governamentais, nos

⁴⁹ No estudo do CFM (2013) são considerados os registros médicos, contando inclusive com os registros secundários, o que resulta numa relação que entre 1,9 e 2,0 médicos/mil habitantes. Segundo o mesmo estudo, 6,4% dos médicos têm registro secundário em outros estados da federação. Quando há correção desse fator, a relação se mantém em 1,8 médicos por mil habitantes. O relatório da equipe da USP excluiu também aqueles médicos registrados acima de 70 anos, o que resultou numa relação de 1,77 médicos por mil habitantes. Na relação por regiões e estados, considerou-se a relação obtida pelo estudo do CFM, pois além de haver dificuldades em saber os registros secundários por estado, essa correção não resulta em diferenças significantes a ponto de alterar os resultados do estudo.

⁵⁰ A referência utilizada para a população brasileira, dos estados e capitais, foi a mesma utilizada no estudo do CFM (2013). Para a estimativa da população do interior, foi feita a subtração da população da capital à população do estado. Para a estimativa do número de médicos no interior, foi feito o mesmo procedimento considerando os médicos das capitais e de cada estado. O cálculo da relação de médicos por mil habitantes no interior considerou essas duas estimativas.

três níveis de governo, apontam uma escassez absoluta de médicos e acenam para medidas de impacto no aumento da relação de médicos por mil habitantes para cerca de 2,7, inclusive com o recrutamento de médicos estrangeiros. Tanto o estudo realizado pelo CFM (2013), como o relatório do grupo da USP (2013) elucidam detalhadamente o problema da má distribuição de médicos, sendo esse um problema reconhecido por todos os setores da sociedade.

O último estudo se baseia em relatório da Organização Mundial da Saúde de 2011 (WHO, 2011) para mostrar que o Brasil tem um dos menores índices entre os países estudados, que incluem Europa e América do Norte, mas também alguns em melhores condições na América Latina (Argentina, Uruguai e Venezuela). Essa mesma comparação mostra que o índice no Brasil está a meio caminho entre os países de renda média baixa (1,01/mil habitantes) e os de renda média alta (2,24/mil habitantes). A partir dessas comparações e de estudos que mostram não haver desemprego na medicina, o relatório aponta que “os dados existentes sugerem que o número de médicos no Brasil é insuficiente para atender as necessidades do país” (p. 27). Este dado é corroborado quando se verifica que o número de postos de trabalho médicos criados nos últimos 20 anos, com a expansão da Estratégia Saúde da Família e a implantação de outros dispositivos do sistema de saúde como as Unidades de Pronto-Atendimento, os Centros de Apoio Psicossocial, os consultórios de rua etc. superam o número de egressos das faculdades de Medicina.

Quando se coloca uma lente de aumento na Região Norte, constata-se o extremo dessa desigualdade no Brasil, sendo que todos os estados têm relação abaixo de 1,4 médicos por mil habitantes e suas capitais estão entre as piores relações no Brasil. No interior a situação é pior ainda, revelando índices que chegam bem perto do nível dos países de renda baixa (0,28/mil habitantes), sendo que em alguns locais pode chegar a ter menores relações, como é o caso do interior do estado do Amazonas, que possui 0,2 médicos por mil habitantes.

Tabela 2: Percentual de médicos no interior e relação médico/mil habitantes nas capitais e no interior nos estados da Região Norte – Brasil, 2013.

	% médicos no interior	m/milh capital	m/milh interior	Diferença: razão capital/interior
Acre	20	1,9	0,4	4,7
Amapá	15,7	1,4	0,4	3,5
Amazonas	6,9	2,0	0,2	10
Pará	26,5	3,4	0,3	11,3
Rondônia	45,9	2,4	0,8	3
Roraima	7,8	2,1	0,3	7
Tocantins	64,8	2,9	1,1	2,6
Reg. Norte	26,9	2,5	0,4	6,3

Fonte: elaboração própria.

Ao analisar o percentual dos médicos que atuam no interior em cada estado, verifica-se que essa parcela representa a minoria em todos eles, exceto Tocantins, que foi o último estado da federação a ser oficializado, tendo sua capital (Palmas) apenas 24 anos de existência (tabela 2). A parcela de médicos registrados no interior representa 26,9% dos médicos da Região Norte como um todo, e se mantém na maioria dos estados entre cinco e 30%, sendo o Amazonas aquele que tem o menor percentual (6,9%). Em Rondônia, esse percentual representa quase a metade dos médicos do estado e no Tocantins chega a quase 65%, apontando uma diferença estrutural no interior desses estados em relação aos outros.

Nas capitais da Região Norte existem atualmente 2,5 médicos por mil habitantes, variando entre 1,4 em Macapá e 3,4 em Belém. Apenas duas capitais da região chegam a ter níveis maiores que a média dos países de renda alta (2,86/mil habitantes), como é o caso de Belém e Palmas. No interior essa relação é muito inferior, havendo apenas 0,4 médicos por mil habitantes. Em todos os estados essa relação se mantém abaixo de 0,5, excetuando-se novamente os estados de Rondônia e Tocantins. Analisando a razão entre capitais e interior, verifica-se que o número de médico por habitante é mais de seis vezes superior nas capitais quando se considera toda a região, permanecendo bem superior em todos os estados, desta vez sem exceção. As maiores diferenças são nos estados mais expressivos da Região – Pará e Amazonas – onde o número de médicos é dez vezes ou mais superior nas capitais em relação ao interior (tabela 2).

Esses números já evidenciam um panorama de maior vulnerabilidade, com importantes dificuldades no acesso a médicos na região. Além disso, essa realidade repousa num contexto complexo em que predomina grande extensão de floresta intocada e rios caudalosos, com longas distâncias e dificuldades de transporte, numa área que ocupa praticamente 60% território brasileiro e onde 30% ou mais⁵¹ da população vivem em meio rural (BRASIL, 2013a).

O percentual de médicos no interior e as comparações da relação de médicos por mil habitantes nos mostra que existe uma heterogeneidade entre os estados da região. Rondônia e Tocantins possuem índices sensivelmente maiores que os demais, o que, mesmo com diferentes justificativas, mostra a força econômica de seu interior. O primeiro estado é uma fronteira econômica da Amazônia, tendo havido incentivo maciço ao seu desenvolvimento a partir do agronegócio na segunda metade do século XX, com movimentos migratórios principalmente dos estados do sul, em busca de novas terras. Como dito anteriormente,

⁵¹ Vide item 1.3.1

Tocantins é um estado novo e possui um número bem maior de municípios que os outros, sendo a maioria deles com extensão territorial e população de menor porte (52,5% das cidades tem menos de 5 mil habitantes). No outro extremo, os estados do Amazonas e Roraima têm sua assistência médica quase que totalmente centralizada na capital, com menos de 10% de médicos no interior.

Esses dados evidenciam a necessidade de políticas de distribuição, recrutamento e fixação de médicos na Região Norte, principalmente em seu interior, mas além disso, eles dão pistas para os locais que necessitam de maior investimento e a problemática envolvida em cada local da Amazônia. Sua análise nos mostra que há uma heterogeneidade entre os estados, com contextos histórico-culturais e econômicos distintos, deixando claro que existem “algumas” Amazônias, que embora compartilhem o mesmo bioma, vivem realidades territoriais diferentes.

O sul da Amazônia (Rondônia, sul do Pará e Tocantins) vive a realidade da pressão do modelo de desenvolvimento, havendo maiores índices de desmatamento, com conflitos de terra, mas também com maiores investimentos no interior, em agricultura e pecuária. Apesar disso, como explicitado no item 1.3.1, alguns autores, como Marques (2002), reconhecendo os avanços econômicos locais, apontam que esses nem sempre levam ao aumento da qualidade de vida da população, podendo estes ocorrer às custas de danos sociais e principalmente ambientais, e colocando a necessidade de incentivos também aos pequenos produtores que permanecem em convivência com a floresta.

O Noroeste da Amazônia possui vastas áreas de floresta, com pequenas aglomerações ribeirinhas, áreas indígenas e áreas estratégicas de fronteira, com uma problemática socioeconômica completamente distinta da primeira, evidenciando a importância das políticas sociais de interiorização como nas áreas de saúde e educação, visando a melhora na qualidade de vida. No meio disso temos grandes e tradicionais cidades, como Manaus e Belém, que já ostentaram grandes riquezas nos ápices dos ciclos da borracha, mas que hoje sofrem com sua transformação em grandes centros urbanos, com aumento das áreas de periferia decorrentes do êxodo das populações do interior em busca de maiores recursos, dentre eles, a atenção médica. É uma realidade na região o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), que é um artifício utilizado pelos governos locais quando não há condições de diagnóstico ou tratamento no interior. Este cria uma mobilidade importante entre interior e capitais, em busca por cuidado médico especializado e realização de exames que não são realizados nas pequenas cidades.

O estudo *Demografia Médica*, do CFM, contém dados sobre os médicos cadastrados no CNES e que atuam no SUS, o que nos permite uma análise um pouco mais elaborada da atuação dos médicos na região.

Tabela 3. Percentual de médicos cadastrados no CNES e que atuam no SUS por Estados da Região Norte, nas capitais e no interior – Brasil, 2013.⁵²

Estados	Médicos cadastrados no CNES (%)			Médicos que atuam no SUS (%)		
	Total	Capital	Interior	Total	Capital	Interior
Acre	84,1	74,5	122,6	79,5	69	121,3
Amapá	89,7	88,4	96,2	85,9	84,2	95,2
Amazonas	79	67,5	234,3	70,1	58,1	231,1
Pará	72,6	48,7	138,7	58,9	36,1	122,2
Rondônia	77,7	73,3	82,9	63,1	61,7	64,7
Roraima	75,2	72,6	106	72,1	69,3	106
Tocantins	72,4	66,4	75,7	65,3	55,1	70,9
TOTAL	76,1	62	114,1	65,5	51,8	102,5

Fonte: elaboração própria.

Analisando a tabela 3, verifica-se que 76,1% dos médicos registrados na Região Norte são cadastrados no CNES e 65,5% atuam no SUS. Verifica-se distribuição similar entre as duas condições, o que indica que a grande maioria dos estabelecimentos de saúde da região pertence ao SUS, principalmente no interior, onde há quase uma correspondência entre esses percentuais em cada um dos estados. O CNES pretende ser um banco de dados de todos os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, mas os dados indicam que grande parte destes últimos não é cadastrada, havendo menor possibilidade de monitoramento pelo poder público.

Nas capitais, os percentuais de médicos nas duas condições (CNES e SUS) são inferiores ao total, aproximando-se mais no Amapá, em Roraima e Rondônia, com diferenças inferiores a cinco pontos percentuais e se distanciando mais no Amazonas e Pará com diferenças acima de dez, sendo no último superior a 20 pontos percentuais. No interior, os percentuais excedem 100% na região como um todo, ocorrendo em quatro estados (Acre, Amazonas, Pará e Roraima), sendo no Amazonas superior a 200% (tabela 3). Esses dados indicam que na Região Norte uma parcela significativa de médicos mora nas capitais, mas trabalha em municípios do interior.

O percentual de médicos que atuam no SUS da Região Norte representa dois terços do total da região, variando de 58,1% no Pará a 85,9% no Amapá. Há uma variação grande das

⁵² O cálculo dos percentuais de médicos cadastrados no CNES e de médicos que atuam no SUS considerou o número de médicos nessas duas condições em relação ao total de médicos registrados em cada estado da Região Norte. A estimativa para o interior considerou a diferença do número de médicos nas capitais para o total de médicos em cada estado.

capitais para o interior, corroborando os dados do indicador principal. A análise dessa variação reflete a parcela de população que possui planos de saúde, correspondendo ao poder aquisitivo da população da capital e do interior. No Pará, Amazonas e Tocantins o poder econômico da capital parece mais importante em relação às outras capitais, havendo um percentual abaixo de 60% de médicos atuando no SUS. No interior, os estados de Rondônia e Tocantins parecem ter melhores condições econômicas que os demais interiores.

A variação do percentual de médicos no SUS reforça as características distintas de cada estado/mesorregião da Amazônia, como apontado anteriormente. Os índices próximos ou acima de 100% nos percentuais do interior de alguns estados indica haver uma característica peculiar na região, que é o fato de médicos morarem na capital (registro no CRM) mas realizarem seu trabalho no interior. Esse fato demonstra a importância de fatores externos à prática médica para a fixação do profissional, como oportunidades de trabalho para os cônjuges, escola para filhos, ou maiores possibilidades de lazer. Não obstante, esse dado pode indicar também a existência de múltiplos (dois ou mais) vínculos, sendo um deles em uma cidade do interior. Essa característica é comum no meio médico, havendo a possibilidade de mais de um tipo de inserção: ambulatório, plantão, enfermaria etc., podendo os profissionais ter um tipo de inserção na capital e outra no interior.

Esse percentual acima dos 100% pode atuar como fator de correção para cálculo da relação de médicos por mil habitantes do interior. Por exemplo, no interior do Amazonas o percentual de médicos que atuam no SUS é de 231%. Isso indica haver mais que o dobro dos médicos atuando do que morando no interior, podendo o índice chegar a aproximadamente 0,5 médicos por mil habitantes após a correção. Mesmo assim, a diferença não chega a ser tão relevante para que altere a magnitude do problema, chegando inclusive a diminuir os índices do interior de Rondônia e Tocantins.

Na Região Norte, a proporção de pessoas que possuem planos de saúde representa apenas 10% da população (tabela 4), sendo o Acre o estado com menor percentual (5,6%). Nas capitais, as proporções alcançam quase 30%, contrastando com o interior, onde variam entre 1,2% no Acre a 7,9% em Rondônia.

Tabela 4. Percentual de beneficiários do sistema de saúde e diferença de acesso a médicos na saúde suplementar e no SUS – Brasil, 2013.⁵³

Estados	Beneficiários de planos de saúde (%)			Diferença de acesso a médicos entre a Saúde Suplementar e SUS*		
	Total	Capital	Interior	Total	Capital	Interior
Acre	5,6	11	1,2	4,3	3,6	0
Amapá	10,3	14,3	4,9	1,4	1,1	1
Amazonas	15,1	28,6	1,2	2,4	1,8	0
Pará	9,9	27,3	6	7	4,8	0
Rondônia	13,2	26,9	7,9	4,3	1,7	0,6
Roraima	6,6	10,3	0,5	5,4	3,8	0
Tocantins	6,9	22,1	4	6,8	3,0	9,6
TOTAL	10,8	24,3	5	4,6	2,9	0

*razão entre as razões: [médicos que atuam na saúde suplementar / beneficiários de planos] sobre [médico que atuam no SUS / usuários exclusivos do SUS].

Levando em consideração os dados sobre os beneficiários de planos de saúde, e relacionando-os com o número de médicos que atuam no SUS, foi possível calcular as diferenças de acesso a médicos entre a saúde suplementar e o SUS por estado. Na região como um todo, há acesso a médicos 4,6 vezes maior na saúde suplementar em relação ao SUS. Essa diferença é maior no Pará e no Tocantins, chegando a sete vezes, e menor no Amazonas e no Amapá. Nas capitais, o acesso a médicos de plano de saúde é 2,9 vezes maior que no SUS, e as diferenças de acesso variam de maneira semelhante ao total dos estados. No interior a situação é *sui generis*, havendo na região como um todo e em alguns estados, mais médicos atuando no SUS que médicos registrados nos municípios. Esse fenômeno inviabiliza a medida da diferença de acesso, e indica claramente a importância do SUS no interior da Amazônia. Nessa análise destoa o interior do estado do Tocantins, onde o acesso à saúde suplementar é 9,6 vezes maior que no SUS (tabela 4).

A Região Norte é a que tem a menor cobertura da saúde suplementar, sendo que no interior o sistema é quase 100% público. O percentual de beneficiários chega a no máximo 15% nos estados e 30% nas capitais. Ainda assim, o acesso a médicos no subsistema privado é significativamente maior que no SUS em quase todos os estados, chegando a quase cinco vezes no Pará. Essa diferença de acesso não é significativa no interior da Amazônia, pois quase não há sistema privado, com exceção do Tocantins, provavelmente pelas razões já

⁵³ O cálculo da diferença de acesso a médicos entre saúde suplementar e SUS, foi realizado a partir da razão entre as relações: médicos da saúde suplementar/beneficiários de planos de saúde e médicos que atuam no SUS/usuários. O número de médicos da saúde suplementar foi estabelecido a partir da diferença do total de médicos para aqueles que atuam no SUS. Mesmo sabendo-se que esse número é subestimado, pois muitos médicos atuam nos dois subsistemas, utilizou-se esse número pela menor possibilidade de erro, admitindo-se a subestimação do resultado final. O número de usuários do SUS foi estabelecido a partir da diferença entre o total da população e o número de beneficiários de planos de saúde. Da mesma forma, esse número não é o real, pois muitas pessoas que utilizam planos de saúde em algum momento também utilizam o SUS, sendo o contrário, mais difícil de acontecer.

explicitadas. Embora retrate as diferenças de acesso, os valores apresentados não são reais, pois o número de médicos na saúde suplementar considerado nesse cálculo foi apenas a diferença do total de médicos para os médicos que atuam no SUS. Sabe-se que muitos dos médicos que atuam no SUS também trabalham na saúde suplementar, principalmente nas capitais, se isso fosse considerado aumentaria significativamente essa diferença de acesso. O que esses dados indicam é a preferência ou necessidade dos médicos da atuação no sistema privado, o que os mantém nas capitais e nas regiões de maior poder econômico, atuando como um fator dificultador da interiorização.

Os dados dos médicos no SUS e os relacionados à saúde suplementar ressaltam a força do SUS na Região Norte, com destaque para o interior, deixando clara a importância das políticas públicas para a população que habita a área rural da Amazônia. A fragilidade nessas políticas tem levado a consequências graves, como os piores indicadores de morbimortalidade na saúde, bem como altos índices de analfabetismo, evasão escolar e outras mazelas na Educação. Esses índices evidenciam a alta vulnerabilidade dessa população, colocando como um desafio o fortalecimento dessas políticas para a diminuição das disparidades regionais existentes.

O desequilíbrio na distribuição de médicos ocorre no Brasil em várias dimensões: entre as regiões, entre capital e interior, entre áreas urbanas e rurais, entre áreas centrais e periféricas das regiões metropolitanas, e entre assistência pública e privada (USP, 2013). Os índices são sempre mais favoráveis nas regiões economicamente mais privilegiadas, apontando para uma relação estreita entre assistência médica e concentração de capital (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008). No Brasil, a Região Norte se encontra sempre nos extremos inferiores dessas desigualdades, pois se trata da região com pior situação socioeconômica. Sua população do interior representa 69,7% do total, o território rural é vasto e tem na baixa densidade demográfica sua característica principal; além disso, é onde a saúde suplementar tem sua menor cobertura (BRASIL, 2013e).

O indicador atualmente mais utilizado para medir as disparidades nessa distribuição é a relação de médicos por mil habitantes. O relatório do grupo de educação médica da USP sobre a distribuição de médicos e escolas médicas chama a atenção para as limitações desse indicador para comparações internacionais. Variáveis como a estruturação do sistema de saúde, a ênfase na formação de generalistas ou especialistas e a centralidade da assistência nos médicos ou em equipes, influenciam na magnitude da necessidade de médicos e podem distorcer as comparações. Embora a legislação brasileira enfatize a organização local dos sistemas de saúde considerando a municipalização e o princípio da regionalização, o modelo

assistencial do Brasil é relativamente homogêneo não havendo grandes diferenças nesses aspectos, como as observadas entre os países. Entretanto, outras variáveis podem, talvez em menor medida, representar fatores limitantes ao uso do indicador, como as diferenças de acesso determinadas pela baixa cobertura da saúde suplementar na região e os fatores geográficos, como as grandes distâncias e a baixa densidade demográfica da Amazônia, que também podem ser questões que interferem nas necessidades de médicos. O mesmo relatório aponta que, apesar dessas limitações, o indicador é o mais utilizado pela falta de um índice que leve em consideração a complexidade dos modelos assistenciais.

Delimitar as causas dessa concentração de médicos no Brasil não é uma tarefa simples. Estudos tem demonstrado que nas raízes desse processo estão fatores de natureza diversa, indicando ser um problema de alta complexidade. Em uma publicação que analisa a história dos programas de interiorização de médicos no Brasil, Maciel Filho e Branco (2008) apontam os principais condicionantes do processo histórico dessa concentração:

- Concentração regional da renda nacional nas regiões Sudeste e Sul;
- Pressão das forças de mercado no exercício profissional;
- Concentração da oferta de formação médica (graduação e residência médica);
- Desigualdade na distribuição de serviços de saúde;
- Maior índice de contratos temporários nas regiões Norte e Nordeste (precarização do trabalho);
- Baixo investimento público nessas regiões, levando a piores condições de trabalho e qualidade de vida.

Diante da elucidação do problema, é importante que se identifique caminhos para a redução das disparidades regionais e entre capitais e interior na Amazônia. Estes devem ser traduzidos em políticas abrangentes que sejam capazes de dar respostas considerando a complexidade do problema. Não se pode atuar com programas restritos que amenizam pontual e temporariamente o problema, mas que se aproxime de uma política de Estado que torne o processo de redução das disparidades uma ação sustentável.

Inicialmente, há que se definir um modelo de desenvolvimento para a Amazônia que não seja transplantado de outras regiões, mas que considere suas particularidades e as possibilidades de conciliar ações que melhorem a qualidade de vida da população do interior com a preservação do meio ambiente local. A melhoria da qualidade de vida e das condições de trabalho no interior é um aspecto que favorece a fixação de médicos na região, pois além de proporcionar melhor conforto e ressaltar os aspectos positivos das pequenas cidades, dá

abertura para que a família esteja bem estabelecida, com possibilidade de trabalho para o cônjuge e educação de qualidade para os filhos. O fortalecimento das políticas públicas de educação e saúde é importante para que não haja migração motivada pela busca por esses direitos fundamentais.

1.3.4 Evidências do papel das universidades no recrutamento e fixação dos profissionais em áreas rurais

A desigualdade no acesso e a má distribuição de médicos não é uma prerrogativa exclusiva no Brasil. Trata-se de um problema global, presente inclusive por países que possuem um sistema de saúde universal e razoavelmente bem organizado. Os caminhos para o enfrentamento desse desafio têm sido muito debatidos em países com uma grande extensão territorial como Canadá e Austrália, com grande destaque ao papel das instituições formadoras.

São muito poucos os estudos no Brasil que exploram os fatores ligados à formação médica que contribuem para o recrutamento ou retenção de médicos em áreas rurais. Na literatura internacional a realidade não é a mesma; há uma quantidade expressiva de publicações que trazem evidências suficientes para que se possam planejar programas de interiorização que congreguem ações a partir de fatores anteriores ao processo de formação. Segundo Tesson et al. (2005), há necessidade de maior orientação das escolas médicas para prática em ambientes rurais como resposta às desigualdades entre urbano/rural, capital/interior, contribuindo para a solução de problemas crônicos como recrutamento e retenção de médicos.

Está bem estabelecido na literatura, a partir de estudos em vários países, que o fator mais fortemente associado com a intenção ou escolha de trabalhar em localidades rurais é ter origem ou grande experiência de vida em meio rural (*rural background*) (RABINOWITZ et al., 1999; VRIES; REID, 2003; TESSON et al., 2005; ROURKE et al., 2005; SOMERS et al., 2007; KAPADIA; McGRATH, 2011; DERESSA; AZAZH, 2012). Em alguns países, no entanto, o número de candidaturas (*applications*) para as universidades de estudantes da área rural costuma ser menor que a metade dos estudantes de área urbana (TESSON et al, 2005). E mesmo que os números de candidatos de área urbana e rural não sejam tão diferentes, o número de selecionados costuma ser bem superior entre os provenientes de área urbana. Sendo assim, alterações na seleção ou no processo de admissão dos cursos de Medicina são

ações estratégicas que podem levar, a longo prazo, à diminuição do contraste na distribuição de médicos, interiorizando de maneira mais consistente os profissionais da área.

Estudo longitudinal da Universidade de Jefferson, nos Estados Unidos, tem avaliado os resultados de um programa de interiorização do estado da Pensilvânia, um dos que têm os maiores problemas de má distribuição de médicos, implantado em 1974. Esse programa (*Physician Shortage Area Program - PSAP*) combinou recrutamento e admissão especial de estudantes de origem rural e os que tinham intenção de seguir a Medicina de Família e Comunidade (MFC) como carreira, com apoio financeiro, supervisão e pós-graduação na área. Os resultados mostraram que os egressos do PSAP tinham cinco vezes mais chance de fazer MFC, mais de três vezes mais chance de trabalhar em áreas rurais e 7 a 10 vezes mais chance de combinar os dois. Resultados posteriores da coorte demonstraram relativa estabilidade ao longo do tempo, comprovando de maneira mais consistente o sucesso do programa e a diminuição substancial da má distribuição (RABINOWITZ, 1993; RABINOWITZ et al., 1999).

Uma série de ações tem sido implementada especificamente nos processos seletivos das universidades em diversos países, inclusive no Brasil. Tesson et al. (2005) estudaram as experiências de universidades de Estados Unidos, Canadá e Austrália que adotaram uma orientação rural com o objetivo de contribuir para a diminuição da má distribuição de médicos. Todas elas adotaram sistemas de admissão que valorizam critérios ligados à população rural com uma ou mais das seguintes características:

- vagas destinadas especialmente a estados com grande contingente de população rural;
- vagas para campus avançado em localidades rurais;
- cotas para outros povos (hispânicos, aborígenes, esquimós ou indígenas);
- pontuação diferenciada para pessoas com origem ou experiência de vida rural, origem nativa (índios ou aborígenes) ou motivação clara para trabalhar em áreas remotas ou residência em locais com maior população rural.

No Brasil, houve na última década a abertura de diversas escolas médicas, sendo uma parcela expressiva delas com a justificativa do pequeno número de vagas na região; em algumas, no entanto, como é o caso de Roraima e Acre, a maioria das vagas é preenchida por estudantes de outras regiões (CECCIM; PINTO, 2007). Para enfrentar esse problema, são necessárias ações afirmativas (sistema de cotas) que garantam o acesso regional às universidades.

Nos últimos anos, tem sido crescente o número de iniciativas desse tipo para diminuir as desigualdades raciais, socioeconômicas e entre capitais e interior. O sistema de cotas para alunos provenientes de municípios do interior dos estados é o que mais pode contribuir para a interiorização dos médicos. Na Amazônia, alguns cursos de Medicina, como os da Universidade Estadual da Amazonas (UEA) e da Universidade Estadual do Pará (UEPA), têm adotado esse sistema para seleção, com metade das vagas anuais destinadas a estudantes que vivem nos municípios do interior. Ainda não há um estudo de egressos que verifique a contribuição para a interiorização, mas as fortes evidências de estudos em outros países nos mostram que essa possibilidade é concreta.

Há pouca dúvida na literatura internacional de que as escolas médicas, como instituições que influenciam as escolhas pelas carreiras, têm a responsabilidade social de enfrentar o desafio da medicina rural. As pesquisas sobre orientação rural nas ações de formação vêm mostrando um eixo composto por pontos-chaves que compõem o caminho para a prática rural (*rural pipeline*). Este compreende os seguintes pontos (TESSON et al., 2005):

- aspirações de carreira durante os anos escolares;
- procedimentos de seleção;
- experiências na graduação e residência;
- orientação curricular;
- sistema de educação permanente.

As experiências de ensino-aprendizagem em cenário rural constituem também fatores associados à escolha prática rural, tanto em nível de graduação (Internato Rural), como em pós-graduação (residência médica).

Os estágios ou internatos rurais já são uma realidade em diversos países do mundo e também no Brasil. São constituídos de determinado período em que os estudantes vão para outras localidades fora da sede da universidade, geralmente para atuar no contexto da Atenção Primária. A duração desse período é variável conforme a orientação e localização da instituição, indo de poucas semanas até vários meses, em estágios obrigatórios e eletivos. Estudos apontam que médicos que tiveram experiência em área rural durante a graduação têm quase duas vezes mais chance de trabalhar em áreas rurais (ROURKE et al., 2005), e médicos que trabalham em áreas rurais têm duas a três vezes mais chances de ter tido experiência em área rural na graduação, em pós-graduação ou em ambos (KAPADIA e McGRATH, 2011).

Embora vários estudos mostrem essa associação, Kapadia e McGrath (2011) apontam que é importante garantir que as experiências em áreas rurais durante a graduação sejam

vivências positivas de aprendizagem. As experiências na graduação podem não só reafirmar o interesse de estudantes com origem rural ou que tinham interesse nessas localidades, mas também são capazes de influenciar estudantes de origem urbana ou aqueles que não consideravam previamente essa orientação. Têm sido estimuladas as exposições mais longas (pelo menos seis semanas), no sentido de desenvolver um apreço pelo estilo de vida em localidades rurais. Além disso, os estágios de longa duração proporcionam maior interação de ensino-aprendizagem entre estudante e preceptor, o que pode criar as bases para uma maior segurança para trabalhar nessas localidades.

Na maioria das experiências de Internato Rural no Brasil, há inserção dos acadêmicos no contexto do serviço de saúde em municípios do interior, possibilitando a interação dos mesmos com uma realidade diferente da vivenciada hegemonicamente no ensino da Medicina, configurando uma ação efetiva de ampliação dos cenários de aprendizado.

A experiência da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) é a pioneira em interiorizar a formação médica no Brasil através do Internato Rural. Esta já possui 35 anos de existência (primeira turma em 1978), e sua repercussão para o campo da educação médica influenciou várias outras universidades, sendo o Internato Rural uma das atividades curriculares mais presentes no novo contexto do ensino de Medicina, principalmente nas regiões onde a população rural é mais representativa, como é o caso da Amazônia.

O Internato Rural foi implantado na Amazônia em 1989, a partir da experiência da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). O desafio de sua implantação se concretizou pela adoção, pela UFAM, de uma unidade que dava apoio ao antigo Projeto Rondon da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no município de Parintins-AM. Essa experiência se expandiu para os outros cursos da Região Norte, sendo hoje uma atividade presente em praticamente todas as grades curriculares dos cursos da região, privados ou públicos. Não obstante, as experiências estão em estágios diferentes, tanto em extensão (número de municípios), como em consolidação (fase de implantação).

Onde a experiência já está mais consolidada, há atualmente amplo reconhecimento, entre os municípios da região, da importância do Internato Rural e já se apresentam inovações. A Universidade do Estado do Amazonas faz a inserção de maneira multidisciplinar, abrangendo não só os alunos de Medicina, mas formando equipes com estudantes de Enfermagem e Odontologia. Desta forma, a atividade também proporciona interação entre as profissões já no âmbito da graduação.

Algumas experiências, como a da Universidade Estadual do Pará (UEPA-campus Santarém), que é realizada nos municípios do baixo rio Amazonas, representam ação de

desenvolvimento regional para os estados. O desenvolvimento das estratégias de Telessaúde no contexto amazônico tem avançado nessa perspectiva, dando apoio aos estudantes que estão em localidades distantes e possibilitando a educação permanente dos profissionais que estão no interior, favorecendo sua fixação na localidade.

Na Amazônia, o desafio do Internato Rural é, além das práticas nos municípios do interior dos estados, o trabalho junto às populações ribeirinhas e indígenas, localizados em sua maioria em locais de difícil acesso, tornando a logística mais dispendiosa e trabalhosa. Somam-se a isso as diferenças culturais existentes entre os estudantes e a população, o que torna imprescindível uma prática baseada na abertura para a troca, numa perspectiva do diálogo entre culturas, para a viabilização das ações. Pelas limitações geoculturais, são justamente essas localidades em que é mais difícil a fixação de profissionais e as que mais se beneficiariam de programas como esse.

Do mesmo modo que na graduação, as experiências em áreas rurais na pós-graduação, principalmente na modalidade de residência médica, têm se mostrado associadas ao recrutamento ou à fixação de médicos nessas regiões. O estudo de Rourke et al. (2005), em Ontário, Canadá, revelou que os médicos que atuam em áreas rurais têm 1,9 vezes mais chance de ter tido mais de oito semanas e 9,1 vezes mais chance de ter tido mais de seis meses de experiência no cenário rural durante a residência.

A época da vida em que geralmente se faz residência médica corresponde ao momento principal de escolha do local de vida em família, podendo exercer influência na permanência do profissional. Sendo assim, deve-se pensar como estratégia a interiorização dos programas para locais de mais difícil acesso. Segundo Kapadia e McGrath (2011), o local da pós-graduação é fator de fixação da prática médica futura e as escolhas estão sujeitas à influência de múltiplos fatores, como os familiares e pessoais. Questões como oportunidade de trabalho para o cônjuge e de estudo de qualidade para os filhos são fatores relevantes e ampliam o escopo das estratégias de recrutamento e retenção de egressos da graduação ou residência.

Na última década, o Brasil iniciou um processo de expansão das residências médicas para áreas com escassez de especialistas, como a região amazônica. A criação dos programas de residência no estado do Acre é um exemplo interessante, pois além de iniciar a formação de especialistas no próprio local, eles ajudaram a organizar os serviços e qualificar os médicos como etapa preparatória para a implantação do primeiro curso de Medicina no estado.

Recentemente, o governo lançou o programa Pró-Residência, que objetivou dar início ao processo de regulação de vagas para a especialidade e locais de novos programas, de acordo com a necessidade dos serviços e da população. Desta forma, houve política indutória

para a expansão de vagas e abertura de programas em especialidades como Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria e Oncologia, no Norte e Nordeste do país. O Pró-Residência, embora não tenha sido criado especialmente com esse propósito, pode contribuir para a fixação de profissionais em locais mais distantes das grandes metrópoles, que, de acordo com concepções ampliadas, podem ser designadas como rurais, como é o caso da Amazônia.

Ultimamente, também tem sido utilizada como estratégia em alguns países a implantação de escolas médicas em áreas rurais ou remotas, como é o caso de Austrália, Canadá e África do Sul. Esses cursos são implantados em locais com um grande contingente de população rural, ou são especificamente destinadas a ela. Tesson (2005) estudou essas tipologias nos Estados Unidos, Canadá e Austrália, e ressalta que além de enfrentar a questão da má distribuição, essas escolas criam uma orientação positiva sobre a prática rural, como estudo, carreira e vida, contrastando com o estereótipo de saúde rural como irrelevante e frustrante, diminuindo a ideia de que a “medicina real” se realiza nos centros urbanos. Rourke et al. (2005) colocam que a localização da escola médica, ou a descentralização de escolas (campus avançado), também têm sido efetivas particularmente por um processo seletivo natural dos estudantes do interior.

No Brasil, essa ação está começando a ser debatida no âmbito do governo federal, em conjunto com as universidades. A ideia é expandir as vagas em escolas localizadas em áreas mais distantes dos grandes centros, como a Amazônia Legal, e implantar novos cursos em localidades rurais, como o interior da Amazônia, regiões de fronteira e de difícil fixação de médicos. Com essa ação, deve haver aumento das vagas nas Universidades Federais do Acre e de Roraima e devem ser implantados cursos em cidades como Coari-AM e Altamira-PA. Esta última ação é um desafio maior pela insuficiência de potenciais docentes, inclusive nas grandes áreas da Medicina, e de serviços para estágios, mas constitui uma iniciativa complementar importante para sua interiorização.

2 AS EXPERIÊNCIAS DE INTERNATO RURAL NA AMAZÔNIA E AS TRÊS FRONTEIRAS – MUNDO, SABERES E PRÁTICAS E RESPONSABILIDADE

Existem poucos estudos sobre Internato Rural no Brasil, geralmente com a característica predominante de relato de experiência ou estudo de caso. No exterior, as pesquisas com estágios em áreas rurais no âmbito de graduação são concentradas basicamente na verificação de sua contribuição para o recrutamento e a fixação de profissionais em área rural, visando reduzir a má distribuição de profissionais em relação à capital. Embora traga dados sobre essas desigualdades no Brasil e na Região Norte, o presente trabalho não trata especificamente dessa relação, trazendo contribuições principalmente para a compreensão de como as relações entre pessoas e ideias acontecem durante a experiência e suas possíveis implicações pedagógicas para dimensão da responsabilidade como profissional.

Depois de cinco longos anos de ensino da Medicina na capital, com carga horária expressiva em sala de aula ou no hospital, finalmente se aproxima o Internato Rural... Vários períodos com disciplinas ou módulos específicos já se passaram e vai chegando a hora de “juntar tudo”. O quebra-cabeças da formação médica vai chegando ao fim e a peça final, aquela que dará unicidade ao corpo de conhecimentos apreendidos e práticas vivenciadas, está para ser colocada. Chega a semana de preparação e ocorre nova junção entre as turmas de Medicina, Odontologia e Enfermagem. Essa reunião não significa propriamente um fato novo, já que o início do curso ocorre conjuntamente para essas áreas, nas disciplinas do chamado “ciclo básico”. Trata-se então de um reencontro...

E também se aproxima outro reencontro, que é com a comunidade, dessa vez do interior do estado. Do “interior do interior”, pois a faculdade já é sediada fora da capital. Desde o início do curso, há um momento curricular chamado “Interação Comunitária”, no qual os alunos fazem estágios na periferia da cidade junto às equipes de saúde da família. Esse eixo curricular é problematizado através de um tutorial em pequenos grupos, onde o professor, no papel de facilitador, aponta os caminhos para a busca do aprendizado. Estamos falando da prática que se insere na modalidade de organização curricular do PBL (Aprendizado Baseado em Problemas).

Na semana de preparação são realizados vários encontros, aulas e palestras sobre questões importantes para o Internato Rural. Nesse período também se realizam o sorteio dos grupos e a escolha dos municípios de estágio, bem como se combina a realização de um relatório final. Geralmente essa semana é marcada por sentimentos de angústia, medo e

tensão. Não se sabe muito bem o que virá pela frente, qual realidade encontrarão e como será a convivência com os colegas.

O convite agora é transitar pelas fronteiras... Lembrando novamente Guimarães Rosa, as fronteiras são entendidas como na *Terceira Margem do Rio*, onde há possibilidade de ruptura com o estabelecido, com o tido como universal. São áreas de transformações e de mudanças de paradigma pertinentes a esse momento do itinerário formativo.

Para melhor compreensão do modo como se construiu a análise do material empírico coletado no campo de pesquisa, inicialmente a abordagem se volta para a noção de mundo em Hannah Arendt, fazendo alusão à mudança de realidade, onde a ideia é que se desloque do cenário do hospital como lócus central de aprendizagem, e também do cotidiano de vida convencional (casa, família, rotina etc.), e se permita a inserção em um mundo pouco conhecido (para muitos...) onde outros cotidianos e outras visões de mundo se apresentam. Em seguida, a proposta de análise é explorar o contato do estudante com a população, seus saberes e práticas em relação à saúde, no sentido de lançar olhares sobre o diálogo entre a biomedicina e a medicina tradicional como expressão da cultura popular, em seu local de expressão, estando o estudante “fora de sua zona de conforto”, que seria o hospital. Por fim, se convida à reflexão sobre a prática médica e as atitudes e valores condizentes com a noção de responsabilidade, que para Hannah Arendt se expressa em suas dimensões pessoal e coletiva, representando a fronteira ético-política que se deseja transpassar na medicina.

Almeida (2001), em seu estudo sobre as diferenças entre pensar e conhecer em Arendt, constitui os nexos entre as três categorias de análise dessa pesquisa, ressaltando que...

Para Arendt, a educação tem por tarefa familiarizar os educandos com experiências e compreensões compartilhadas, instituições e práticas, saberes e pensamentos que foram constitutivos para o mundo.

E complementa...

Os jovens futuramente assumirão a responsabilidade por esse espaço comum, que poderão renovar ou conservar, mas primeiramente precisam conhecê-lo e encontrar o seu lugar nele. Esse processo de descobrir e desenhar sua pertença no mundo está vinculado à capacidade de refletir sobre aquilo que se passa nele e de se perguntar o que está realmente em questão. Essa reflexão Arendt denomina pensamento. (p. 855).

Feitas as escolhas e dadas as orientações pertinentes, boa viagem e mãos à obra...
Bem-vindos ao Internato Rural na Amazônia!

2.1 O mundo como fronteira

2.1.1 Encarando e procurando entender o mundo: “O mundo é bem maior do que a gente imagina”

[...] a oportunidade é essa, de ter que encarar o mundo e as pessoas sem ninguém em volta.
(Roberto)

Em meio ao itinerário formativo dos estudantes de Medicina, pode-se dizer que o Internato Rural é o momento de encarar o mundo. Já no final da jornada de seis anos, um pouco mais maduro do que momento em entrou no curso, inserido numa ação basicamente de treinamento serviço, com grau mais elevado de autonomia e poder de decisão sobre sua prática, é a hora do “ensaio geral” para a prática clínica (BLANK, 2006). Porém, o cenário não é o tradicional hospital universitário, tido como templo das doenças, mas um local alternativo que pretende trazer outras questões para o centro das reflexões sobre a medicina. As experiências de formação que têm o hospital como único cenário de prática parecem contribuir para o desenvolvimento de atitudes que podem ser qualificadas sob a denominação de “má medicina” (TESSER, 2009), admitindo-se como necessário atualmente a diversificação desses cenários para que o aluno vivencie os diversos contextos da prática médica e possa ter uma visão crítica sobre a mesma. Até porque não é somente no hospital que a prática médica acontece após a graduação. Trata-se então de uma vivência em pequenas cidades incrustadas no interior da floresta, a dezenas ou centenas de quilômetros da capital, e trabalhando no contexto da Atenção Primária. Frente a essa situação, as questões que se colocam são: como os estudantes se sentem? Qual é a importância para a formação em Medicina?

Hannah Arendt nos diz que *encarar* o mundo exige que não fechemos os olhos frente aos acontecimentos, mas que procuremos conhecer os fatos e nos deixemos atingir por eles. Para compreender os fatos, temos que encarar a realidade sem preconceito e com atenção. Ao narrar os fatos, descrevemos e ao mesmo tempo procuramos entender a realidade. Realidade essa que não nos é indiferente, pois nos afeta (ARENDRT, 2012; ALMEIDA, 2011). Ao encarar e narrar, pode-se colocar em ação um dos três elementos da capacidade de pensar socrática: a capacidade de ter perplexidade e espanto que desloca do automatismo da vida cotidiana e põe em análise padrões estabelecidos (ASSY, 2004).

A vivência do interior ao final do curso parece proporcionar ao estudante esse processo reflexivo diante da realidade do mundo. Reflexão que é trazida novamente à

consciência e reelaborada no ato da narrativa. O modo como os estudantes contam expressam essa perplexidade e uma ampliação da visão de mundo, com certa transformação da visão do interior da Amazônia, tanto da realidade de vida como de trabalho. Traz ao palco o cenário do interior e coloca sua possibilidade como prática futura. Ao mesmo tempo, pode resultar em amadurecimento e desenvolvimento de atitudes congruentes com uma “boa prática”, sob a égide da noção de responsabilidade.

O processo de alienação do mundo descrito e analisado por Arendt em *A Condição Humana* se manifesta na prática médica em seu caráter cientificista e com ênfase na técnica, mas também no encastelamento da educação médica nos hospitais universitários como ambientes supostamente seguros para o aprendizado da medicina, onde o aluno se vê protegido pela presença e centralidade dos professores e preceptores nos cenários da prática clínica. Esse “ambiente seguro” em parte é necessário na perspectiva da passagem do âmbito pré-político para o político que acontece ao longo da formação específica como descrito no item 1.2.2. Esse momento de transição entre o que pode ser representado como esferas privada e pública parece efetivamente se concretizar no Internato Rural quando as narrativas dos estudantes marcam a hora de “passar um tempo longe da família”. Nesse caso, o âmbito privado da família e o hospital universitário parecem se aproximar, fazendo nexos com a relação que Hannah Arendt faz entre educação e política (ARENDR, 2009).

No Internato Rural, os alunos entram em contato (muitos pela primeira vez) com a realidade do interior da Amazônia. Esse contato por vezes é descrito nas narrativas como um “choque de realidade” ou um “choque de culturas”. O sair de casa e ir para outra realidade é traduzido por sair da “zona de conforto”. As narrativas são marcadas por palavras que denotam tensão, ruptura, crise... Essas já dão a dimensão dessa transição entre as esferas privada e pública, qualificadas ainda pela magnitude das dimensões desse mundo. Trata-se então de um momento importante na formação, em que a proximidade com o fato de ser médico se encontra com a realidade do interior da Amazônia, parecendo representar um momento de *crise* para o estudante. Como nos ensina Arendt (2009), crises são momentos oportunos para o aprendizado, e para este trabalho a ideia de crise como um deslocamento é interessante, pois permite que novas construções aconteçam, e que esse aprendizado não permaneça no domínio cognitivo, mas que toque o estudante na forma de ver e agir no mundo.

Mas você meio que se vê fora da sua zona de conforto, [...] foi a primeira vez que eu estava jogada no mundo (Beth)

O sentido de exposição a outro cenário, diferente da capital, aliado possivelmente às distâncias percorridas, se manifesta na expressão “jogada no mundo”. Este trecho já nos dá uma ideia do que significa o internato para o estudante, e representa um bom início para nossas reflexões sobre o mundo a partir das narrativas dos sujeitos:

No início foi bem complicado, mas depois você vai se adaptando. O ser humano tem muito disso, muita plasticidade pra chegar num local e se adaptar, basta querer. (Teresa)

Esse momento de tensão e adaptação, apesar de parecer difícil inicialmente para o estudante, e além de apresentar uma nova realidade, pode representar um momento de amadurecimento pessoal, evidenciado na fala abaixo como “estágio de vida”.

Eu nunca havia saído de casa, nunca fiquei um mês fora de casa onde eu tenho que ser o meu próprio responsável, onde eu tenho que providenciar comida, lavar roupa, tenho que me virar. Eu nunca havia feito isso, então acabou sendo um estágio de vida pra gente, bem proveitoso. E também, não sei, pra crescer na vida. Querendo ou não uma hora tem que crescer, e a oportunidade é essa, de ter que encarar o mundo e as pessoas sem ninguém em volta. (Roberto)

A viagem e inserção em outro cenário, que apesar de ainda fazerem parte da graduação, representam uma imersão no mundo do trabalho talvez mais intensa que nos outros estágios do internato, pois não há propriamente a figura do professor no local do estágio. Esta é encarada pelos estudantes como uma nova realidade, um outro mundo:

Deve ser a mesma sensação de quando alguém quer escalar o Everest. Deve ser mais ou menos isso, você pegar o Igarapé e se embrenhar no mundo de meu Deus (João)

Outros, além do contato, se referem à “percepção” de uma nova realidade, o que denota mais do que um contato, um aprofundamento na visão de mundo. Independentemente do grau de profundidade desse contato, é inequívoco nas falas que ocorre uma aproximação, “um ir ao encontro” de um contexto diferente daquele com que a maioria dos estudantes está acostumada, que é o cenário das capitais. Parece que a dimensão e a simbologia da Amazônia aparecem com mais força, na presença mais marcante e interdependente dos rios e da floresta.

[...] saber que fora de Manaus tem toda uma realidade, que na verdade é a realidade da Amazônia, e Manaus é uma ilha no meio de um monte de florestas, no monte de cidadezinhas minúsculas e uma população ribeirinha imensa espalhada que não é bem assistida, que muitas vezes tem vergonha de chegar na cidade (Valter)

A gente aprende que o mundo é bem maior que a gente imagina. Não é só aquele mundo da faculdade, casa, festa, cinema e tal. O mundo é bem maior. Eu tive essa impressão quando eu sentei na lancha, ligou o motor e começou a subir o rio. Aí eu

pensei: caraca, esse mundo é muito grande mesmo! O Amazonas é imenso, o mundo é imenso. E eu só sou mais um no meio. Essa foi a impressão que eu tive. (Roberto)

Quando você chega e vê outra realidade, você muda. O impacto é visível. Você chega aqui pensando de um jeito, mas já no barco mesmo você muda quando começa a subir o rio. Você já começa a pensar, quanta floresta, quanta água, você vê a distância. Chega aqui e já vê o impacto. (João)

Tem gente que nunca viu... tem comunidade realmente isolada. Que quando a gente está de avião aí vê a mata verde, aí vê um alumínio lá em baixo que é o telhado de uma casa, que é lá no meio daquela floresta toda. E as pessoas sobrevivendo como elas sabem, como elas podem... (Angenor)

A leitura dos fragmentos nos mostra que antes mesmo de chegar à localidade, a experiência começa a significar. Quando a lancha liga o motor ou o avião decola, uma nova perspectiva se abre, o estágio de fato se inicia.

É interessante a constatação de que estão vivenciando outro mundo e se dispendo a aprender com ele. As narrativas não só revelam o novo, mas também revelam como é esse novo, como é esse mundo em que se inserem no Internato Rural, e quem é esse outro com que eles interagem, habitantes desse “outro mundo”, que acabam sendo porta-vozes de formas distintas de viver a vida. É nessa perspectiva que se desvelam seus hábitos e costumes, os tempos e as distâncias, e as diferenças com a vida na capital. Começa-se a perceber que fronteira é essa que eles estão cruzando...

O homem caboclo ele é um tipo humano muito particular. Ele é ativo, ele é calado, ele costuma sempre buscar ser senhor do ambiente dele, ele não aceita ser colocado em subjugo de nada que a natureza impõe contra ele. Então você vê... ele é um homem de muita firmeza, ele é um homem muito assim. E isso é moldado pela realidade na qual ele vive. Então quando você está vivendo dentro da Amazônia na cidade, cercado das frivolidades da vida moderna e você chega no ambiente rural, você vê que muito do que você tem não serve para você se encaixar na realidade local. [...] O perfil espacial dele é diferenciado porque ele tem um nível de resiliência diferente, ele aguenta mais aquele clima, ele sabe como se comportar no mato. (Elton)

[...] enriquece muito o aprendizado a respeito do tipo humano amazonense, aquele que é o que serviu como base da formação social, inclusive da capital no início da urbanização da cidade de Manaus a gente encontra... E também serve muito para a gente entender de como o Amazonas não é isolado de tudo, né? (Elton)

A narrativa sobre o “homem amazonense” é marcada pelo imaginário do caboclo que talvez seja uma mistura do que ele vivenciou durante o estágio e o que aparece nos livros, notícias e reportagens sobre a floresta amazônica. É interessante que o termo “homem caboclo” e seu estereótipo nesse caso não teve conotação pejorativa, do modo como foi utilizado muitas vezes pelos colonizadores da Amazônia (TEIXEIRA et al., 2008), mas pelo contrário, revela forte personalidade e é congruente com o sentimento de orgulho e pertença demonstrado por Teixeira et al. (2008, p. 23): “...ser caboclo, para eles, significa penetrar em

sua origem e entender o quanto foram e são importantes na construção do Estado do Amazonas”.

As narrativas fazem essa inflexão para entender esse homem no contexto da relação com a formação das cidades, tanto no que se refere ao modo de urbanização que se deu na região, como a possibilidade de lidar com ele como profissional. É interessante como o interno percebe, primeiro, a possível diferença na capacidade de resiliência de uma pessoa que vive com dificuldade de acesso ao sistema de saúde; e segundo, que nem sempre o que “ele tem” [o estudante] enquanto conhecimento e habilidade pode ser aplicado àquele sujeito que tem outra forma de viver, se relacionar com o ambiente e com o processo de adoecimento.

Esse encontro com o outro e seu reconhecimento revela, nas aparências de um para o outro, a pluralidade do mundo. Arendt, em *A vida do espírito*, deixa marcada a natureza fenomênica do mundo ao basear a pluralidade na aparência, em seu reconhecimento.

Nada e ninguém existe neste mundo cujo próprio ser não pressuponha um espectador. Em outras palavras, nada do que é, à medida que aparece, existe no singular; tudo o que é, é próprio para ser percebido por alguém. Não o Homem, mas os homens é que habitam esse planeta. A pluralidade é a lei da Terra (Arendt, 1995, p. 17).

Esse pressuposto para o médico ou estudante de Medicina é de fundamental importância, pois sua prática é eminentemente relacional. Sem o outro não existe o cuidado. A aparência do “homem caboclo” como diferente para estudante o move no sentido de buscar a melhor forma de lidar com ele.

Como não podia deixar de ser, a questão do tempo e das distâncias apareceu de maneira importante nas narrativas sobre a forma de vida no mundo. Talvez essa seja uma das características que mais se diferencia da vida na cidade. É interessante observar, na primeira narrativa abaixo, a conversão da distância em tempo, demonstrando a estreita relação que há entre a lógica temporal e a racionalidade espacial descrita por Scherer (2004). Um dos aspectos próprios da região que condicionam essa associação é a importância da via de transporte fluvial para a região. Os rios tortuosos são capazes de dobrar ou triplicar as distâncias medidas em linha reta entre as localidades. E as intempéries climáticas, das marés, das terras ou dos artefatos utilizados também interferem no tempo, tornando-o sujeito a uma maior flexibilidade ou até a completa imprevisibilidade. A relação da vida com o ciclo dia-noite também é outra questão marcante nas narrativas, e tem a ver com o fato de que apenas recentemente essas localidades adquiriram energia para iluminação e outros artefatos

elétricos, estando as atividades ligadas à presença de iluminação solar. Essas são questões centrais na caracterização desse “outro mundo” com o qual os estudantes têm contato no Internato Rural.

[...] a questão de tempo e distâncias que eles medem muito. Por exemplo, pra chegar até a sede do município, ao invés de medir em quilômetros, medem em dias: dois dias de barco; meio dia de barco, ou ainda um dia andando na trilha. São as questões mais assim, até as distâncias são medidas em tempo, em dias, né? Conforme o amanhecer e o anoitecer. Não tem essa fixação tanto no minuto... horário certo... que acaba que eles criam aquela rotina e dentro daquela rotina consegue seguir seus afazeres. (Ismael - docente)

Na verdade o dia deles se baseia no ciclo dia e noite mesmo. De dia eles realizam as atividades e a noite o sol se põe, né? Normalmente eles jantam cedinho e aí dormem cedo também e já acordam no amanhecer. Então tem essa questão também do trabalho deles ser ali, ser a questão de agropecuária de subsistência e tem a questão da pesca... E a gente observa também que a aderência à escola também às vezes não é o ideal. Muitas vezes a gente vê adolescentes que já não acompanhavam mais a escola, praticamente seguiam os pais naquela questão mesmo da subsistência ali de trabalhar para sobreviver mesmo, para sustentar a família (Wilson)

O que eu via muito que pra eles lá é normal é esse negócio de estupro consentido. Muito homem de 20 anos já casado com menina de 13, 14 anos. E ela já estava fazendo pré-natal. Então pela lei não podia. Mas socialmente pra mãe, a filha está casada. (Teresa)

Nos fragmentos acima aparecem também questões relacionadas ao trabalho e a constituição familiar, mais claramente no terceiro fragmento. Com base nos três atributos da *vida activa* de Hannah Arendt (ver item 1.2.1), o homem da área rural da Amazônia tem sua vida baseada principalmente no *labor* para sobrevivência. Embora haja também fatos concretos que evidenciam o *trabalho* (fabricação) e a *ação*⁵⁴ do ribeirinho ou do seringueiro, sua principal atividade é a subsistência (SCHERER, 2004). As famílias são constituídas de maneira precoce em relação ao ponto de vista do estudante de Medicina. Enquanto o homem adolescente por vezes tem que abandonar os estudos para trabalhar na subsistência familiar, a mulher adolescente muitas vezes já é mãe de família. Essa característica não é uma prerrogativa exclusiva do local, pois em muitas cidades, principalmente nas realidades de periferia, ocorre o mesmo fenômeno. Porém, certamente há diferenças nas razões para isso em um ou outro contexto, com menor ou maior ligação com opções, herança cultural ou determinação social (SCHERER, 2004).

Para os estudantes, é como se o “mundo da vida real” estivesse sendo apresentado para eles, numa oportunidade proporcionada por sua universidade. As narrativas sobre a realidade de vida e de relação com a saúde são ricas em detalhes, como nos dois exemplos abaixo. A

⁵⁴ *Fabricação (trabalho)*: p.ex: canoas próprias da região. *Ação* – p.ex: movimento dos seringueiros no empate contra o desmatamento.

realidade é descrita com emoção e brilho nos olhos, e às vezes com certo sofrimento, como é o caso do segundo fragmento. Eles retratam tanto a felicidade da vida no interior, fazendo nexos e contrastes com a visão de felicidade do estudante, como a dificuldade financeira e de acesso ao sistema de saúde. Uma realidade por vezes “difícil de acreditar que existe”.

É uma casinha que tem mato, e uma outra casinha lá longe. Casinha simples, com uma sala e um quarto. Eu perguntei se ela era feliz ali e ela disse que era demais! Se era realizada... e ela disse que “o que queria mais?” Um pôr do sol lindo daquele, um rio que lhe dava tudo e não deixava faltar nada. Comida... nada. Os filhos brincavam tranquilos. Perguntei se ela não pensava em morar em Borba, mas ela disse que não se acostuma com vida de cidade grande! Em Borba, que é pacato!? Mais parado que cemitério. [...] Ela preferia lá, que era mais tranquilo e que queria morrer ali. Foi a percepção de felicidade que ela tinha. Que não trocaria a vida que tinha nem por uma mansão em Ponta Negra lá em Manaus. (João)

Peguei um caso aqui de uma paciente... Assim, eu passei alguns dias pra acreditar nisso, mas a paciente de uma comunidade aqui que era uma gestante de 34 semanas já, não tinha feito nenhum pré-natal. Ela já tinha dois filhos inclusive, e ela não tinha feito nenhuma consulta de pré-natal. Trinta e quatro semanas e com queixas ginecológicas muito fortes. E ela não conseguiu vir aqui em Alter do Chão que, pegando um ônibus aqui, dá uns 20 minutos mais ou menos, um ônibus a R\$ 2,50. Ela não vinha porque ela não tinha dinheiro. E assim, quando eu conversei com ela, assim ela meio chorou assim, sabia o que ela tinha que fazer e tudo. Eu não acreditava nessa realidade, pra mim aquilo foi... Gente, como é que a pessoa não tem R\$ 2,50 pra vir? Eu ficava assim... (Jovelina)

Almeida (2011) ressalta que, em Arendt, o sofrimento é um sinal de humanidade e que não podemos perder essa capacidade de sofrer, pois é este sentimento que “abre caminho para a transformação do deserto em que o mundo se tornou” (p. 68). O sofrimento é sinal de sensibilização, o que nos dá a noção do quão profundo pode ser a experiência, podendo a partir disso mobilizar um sentimento de pertença e responsabilidade com esse mundo. Essa dimensão transparece em outro fragmento, que liga a vivência no mundo com a responsabilidade por ele...

Tem essa questão do choque de cultura, de rotina, de cidade grande para o interior, Mas assim, acho que a experiência foi importante para agregar conhecimento e agregar valores também. Valores mesmo no sentido de valorizar as diferenças, valorizar a cultura, valorizar o estilo de vida que têm, valorizar o modo como eles levam a vida, o modo como eles vêm a saúde, ou vêm a doença também. (Wilson)

Essa fala chama a atenção para o sentido em que ocorre o aprendizado, que não abrange apenas o domínio cognitivo, mas que talvez o grande diferencial seja a integração com o domínio afetivo, no desenvolvimento de atitudes e valores frente a uma realidade vivida. Essa perspectiva também aparece quando o interno se refere ao relatório final, que segundo o mesmo não consegue captar a dimensão da experiência e recorre a um recurso artístico que trabalha a emoção, que é o cinema.

A experiência foi única. Não tem relatório nenhum que a gente coloque no papel e coloque o que viveu, viu ou falou ali. Nem que seja apresentado no jornal nacional! Tem que virar filme pra você ter noção do que foi a experiência no Igarapé! Porque é viver, você precisa sentir na pele, não tem como. Tem coisas que você só aprende vivendo (João)

Quando o estudante é do interior, como é o caso de 50% dos alunos da UEA, esse “novo” mundo aparece nas narrativas com a especificidade da vivência no sistema de saúde, já que a grande maioria desconhecia seu funcionamento ou organização. Muitas vezes eles se surpreendem com o que encontram e rompem com um imaginário que possivelmente foi construído com auxílio dos meios de comunicação antes de o estudante ingressar em seu curso.

Nas situações com que se depararam, os estudantes sentem que há uma disparidade entre o que está na literatura, “o que está nos livros”, e a realidade local. Esse problema se refere especialmente a sua atuação como médico, em consultas e atividades educativas, quando nem sempre o que eles estudam se aplica à realidade daquelas pessoas. Sobre esse ponto, aparecem nas narrativas duas questões: a primeira diz respeito à concentração quase que exclusiva do estudante ao que está escrito nos livros, podendo gerar ansiedade em um momento de proximidade da formatura e dificuldade de aplicar aquele conhecimento no contato com as pessoas, sua cultura e a forma como vivem a vida. A segunda se refere às dificuldades locais quanto à disponibilidade de exames ou medicamentos que estariam indicados na literatura, ou até as barreiras geográficas que condicionam a vida das pessoas, e que na prática se adaptam a essas situações.

Na parte inicial sempre foi falado: quando chegar lá é uma condição diferente, é uma situação diferente, uma realidade diferente... e se eu ia conseguir adequar os conhecimentos com a realidade deles. Tentar utilizar a melhor forma de explicar, e a melhor maneira de fazer entender. Eu me questionava sobre isso. (Wilson)

Quando você tá lá na faculdade, você vê as coisas do livro, livro é muito bonito, livro fala assim: você pede aquilo, você faz aquilo, passa aquele remédio, passa aquele outro. Só que, quando você chega no estágio rural, você se depara com a realidade. (Alcione)

“É difícil o senhor vir?” “Doutora, eu não vou conseguir, porque esse tempo eu também não recebi, não recebi minha aposentadoria, não recebi... Então às vezes eu tenho que pagar um barco pra vir”. Então essas dificuldades do paciente, quando eles apresentam pra gente, você fica assim: “Ta, e agora o que eu faço?” Porque a literatura, por exemplo, sei lá... pede que você tem que fazer o acompanhamento desse paciente daqui uma semana pra você ver como a medicação, o anti-hipertensivo está reagindo. (Jovelina)

[...] totalmente diferente daquilo ali que nós vimos nos livros, que nós acompanhamos em várias escolas, no curso acadêmico... Aí chegando num local daquele ali você percebe que é diferente, que pra você atuar naquilo ali precisa

muito além do que você aprendeu nos livros, muito além do que você aprendeu com os professores. (Orlando)

As narrativas colocam dilemas e explicitam a possibilidade de reflexão em torno dessa diferença entre realidade e literatura. Expressões como “eu me questionava sobre isso” e “Tá, e agora o que eu faço?” remetem ao fato de que eles podem recorrer ao pensamento para lidar com essas questões. Trata-se de uma das fronteiras que estão relacionadas com o mundo em que vivemos, onde a alienação do mesmo, traduzida num conhecimento científico de pretensão universal (ALVES NETO, 2009), é explicitamente manifestada nas narrativas de estudantes, que reconhecem essa limitação e podem ser levados a refletir sobre isso, num processo de questionamento do significado das verdades da ciência frente a um mundo distinto daquele onde o conhecimento foi produzido. E dizem enfim que é preciso ir “muito além do que aprendeu nos livros”, e igualmente “muito além do que aprendeu com os professores”. Essa última passagem leva imediatamente ao questionamento: o que se aprende com os professores tem relação com a realidade do mundo? Os professores são capazes de apresentar o mundo para os estudantes, contemplando a reivindicação de Arendt para a educação? (ARENDR, 2009). Tanto a apresentação quanto a provocação que promove a reflexão são ações importantes para o professor nesse caso, que assim estará sendo responsável tanto com seus alunos quanto com o mundo.

Nas narrativas dos professores entrevistados, a perspectiva da apresentação do mundo como fronteira “de outra realidade”, referida de forma alternativa como “outro lado da moeda” ou “realidade nua e crua”, também aparece de maneira marcante. Essas figuras de linguagem deixam transparecer mais uma vez a dimensão do deslocamento de visão de mundo que se deseja que o estudante possa vivenciar. Há a vontade de que haja maior sensibilidade com o modo de vida dessas famílias que habitam as pequenas cidades, ou as “cidades imaginárias”, nas palavras de Veiga (2002). Há referência ao papel político do estágio rural, com foco na Atenção Primária e com populações vulneráveis do interior do estado:

Porque a maioria dos brasileiros faz isso na verdade, né? Põe uma venda, ou põe a mão com essa fresta entre os dedos e esquece que existe uma população carente que necessita de ajuda. (Ernesto - docente)

Uma perspectiva bastante interessante que apareceu nas narrativas de professores foi a possibilidade de renovação que essa ação tem. Não apenas com os estudantes ou com o mundo, mas de si mesmo. A possibilidade de o professor se permitir reinventar-se no contato com outras realidades no Internato Rural representa uma abertura do mesmo para o mundo e

para o aprendizado contínuo, e nos diz que essa não é só uma experiência marcante para o estudante, mas também para o docente.

O estágio rural é o que me motiva a vir pra cá. Essa possibilidade de encontrar o diferente, a possibilidade de sair da rotina, a possibilidade de sair de Manaus, a possibilidade de ver outras realidades, de refletir outras realidades, a possibilidade de sair do comum. Eu acho que o Internato Rural é muito isso: você sai do que é o comum. E você tem que estar se reinventando junto [...] o Internato Rural ele te permite você ir se resignificando sempre. (Alfredo - docente)

Um aspecto específico desse mundo para a área da saúde, muito marcante nas narrativas de estudantes e professores, é a dificuldade de acesso. Sobre essa questão, as mesmas conseguiram enriquecer os dados sobre acesso e falta de médicos no interior descritos e debatidos no item 1.3.3. Os principais pontos que apareceram nas narrativas têm a ver com a geografia local, manifestada, sobretudo nas dificuldades de transporte e nas distâncias, que caracterizam as localidades na condição de remotas, “onde a saúde não chega”. Mas as falas não se prendem a esse ponto, e apontam dificuldades de comunicação e linguagem e no diálogo com a cultura da população local. Esses aspectos são debatidos em sessões específicas no item 2.1 e, sobretudo no 2.2, quando são abordados os saberes e práticas como fronteiras.

A vivência da prática médica junto à população que tem dificuldade de acesso, por um lado impressiona os estudantes, que conheceram pessoas que nunca foram ao médico ou fizeram determinado procedimento; por outro, traz a sensação de ter sido útil a pessoas que “realmente” necessitam de seus cuidados, sendo uma ação que “engrandece” o estudante/profissional. Outras vezes ficam angustiados porque não teriam outra oportunidade de encontrar o paciente que mora na área ribeirinha, e admitem a necessidade de fazer tudo o que está ao alcance em um único encontro.

[...] nós fomos fazer saúde aonde a saúde não chegava. Justamente naquela população bem dentro do interior, da população que necessitava realmente de atendimento àquela população que não tem o acesso facilitado (Martinho)

Aí fez um abscesso, eu tive que abrir, debridar, lavar... Tinha que ter dado antibiótico. Aí quando ele melhorou... “Olha vai para casa”. Não tem como voltar para casa. Então ele teve que pegar um ônibus para Santarém, pra de Santarém pegar um ônibus lá pra BR, pra da BR arranjar uma carona de carroça até a casa dele. Pô. É duro! (Adoniran)

Os internos se sentem úteis e fazendo a diferença naqueles pequenos municípios, o que transparece no fragmento abaixo, relacionado ao fato de o procedimento ter sido realizado

pelo estudante na unidade do local. Porém, a dificuldade do caminho que o paciente faz até sua casa o impressiona.

A constatação de que há pessoas que nunca realizaram uma consulta médica, ou que há anos não viam um profissional da área da saúde é marcante para os estudantes. As narrativas mais emblemáticas foram sobre ações preventivas como o exame preventivo do câncer de colo de útero (PCCU), vacinação ou planejamento familiar, respectivamente manifestadas nos três fragmentos abaixo.

Nunca tinham tomado vacina, nunca tinham chegado até essas pessoas. Experiência pessoal pra mim foi ver, que apesar da medicina ter séculos e séculos de experiência, não consegue atingir todo mundo. E saúde é uma coisa tão básica! Todo mundo precisava ter... mas não vai ter esse acesso pra todo mundo. (Teresa)

Teve uma senhora que chegou com a neta... ela já tinha 17 anos e nunca tinha visto um médico na vida. Ela tinha vida sexual ativa, não sabia nada assim de rotina ginecológica, de orientação, de planejamento familiar. (Angenor)

E esse caso me chamou atenção, que realmente existem pessoas... ela nunca tinha realizado o PCCU e ela não aceitou fazer o PCCU. Disse que não precisava de PCCU, que a mãe dela tinha vivido sem fazer o PCCU, que a avó dela também tinha vivido sem fazer o PCCU, e que ela era descendente de índio e que ela não precisava fazer PCCU. Eu não consegui convencer a mulher a fazer PCCU. Eu não sei também até que ponto seria positivo ela fazer o PCCU. (Noel)

No primeiro e segundo fragmentos, é ressaltada a discrepância entre o progresso histórico da medicina e a existência de populações em localidades e pessoas que nunca tiveram a possibilidade de ser beneficiadas por esses avanços. A perplexidade do estudante retrata a vivência de uma realidade onde realmente esses procedimentos são básicos, e que a maioria tem a “consciência” da necessidade de cuidar de sua saúde, própria da capital ou das cidades de maior porte. A realidade do interior pode revelar outra noção de “básico” e talvez o questionamento de um estereótipo de comportamento em relação à saúde, que talvez seja pouco condizente com a realidade da maioria da população brasileira.

No terceiro, chama a atenção o fato de o interno constatar ao final da narrativa até que ponto seria positivo se aquela senhora fizesse o exame. Esse questionamento traz uma reflexão sobre a aplicação universal de uma ação, no caso preventiva, a qualquer pessoa. Embora o acesso tenha que ser garantido de maneira equânime a todas as pessoas em momento oportuno, não é pelo fato de ser uma ação preventiva que ela deve ser considerada “básica” ou obrigatória a todos, mas que seja centrada na pessoa, considerando seu contexto, história de vida e, sobretudo o momento (*timing*) e situação a que se encontra (McWILLIAN; FREEMAN, 2010).

Não podemos dizer que a experiência do Internato Rural é que possibilitou essa reflexão, mas ela permite que o estudante esteja imerso no contexto e possa ter a sensibilidade de julgar se tal ação pode ser benéfica ou até maléfica para a pessoa. Estudos sobre prevenção quaternária⁵⁵ (JAMOULLE; ROLAND, 1995) e rastreamento de doenças têm apontado que um excesso de prevenção também pode trazer malefícios para os pacientes (GÉRVAS, 2008). O desenvolvimento do pensamento reflexivo na medicina acerca da aplicabilidade dos procedimentos pode fazer com que as condutas reconheçam a singularidade da pessoa, tornando a prática menos burocrática e uniformizadora. Essa questão faz nexos com a capacidade de pensar em Arendt (1995) e sua importância em não deixar que nos tornemos “dentes de engrenagem” em nossas práticas.

No Internato Rural na Amazônia, os estudantes vivenciam de maneira intensa a escassez de médicos no interior. Essa realidade é evidenciada no item 1.3.3, que sustenta a real escassez de profissionais, indo além da má distribuição regional, o que é sentido *in loco* pelos internos.

Então, apesar da estrutura, existe esse desafio que é tentar resolver o aporte médico... Que tem a vaga, tem a estrutura, a remuneração é boa, mas as vagas muitas vezes não são preenchidas... Por conta talvez da distância, talvez por ser zona rural, ser município do interior. Essa é uma dificuldade que o município enfrenta, que os municípios do interior enfrentam... E que é de uma resolução difícil, porque tem a oferta de vagas, mas não são preenchidas. (Wilson)

De fato, nos municípios visitados para observação, as estruturas das Unidades Básicas de Saúde eram adequadas e possuíam inclusive apoio do programa de Telessaúde, mas em muitas delas não havia a atuação de profissionais médicos, o que sugere que o problema não é apenas de falta de estrutura nos municípios do interior. Para dar respostas a essas questões, o Ministério da Saúde tem promovido ações como recrutamento de médicos do exterior, aumento de vagas e implantação de novos cursos de Medicina em regiões com comprovada escassez de médicos. A narrativa acima busca possíveis causas para a disparidade de médicos entre capital e interior. O fato de serem municípios pequenos com poucas opções de lazer, trabalho e escola para os médicos e sua família certamente figura entre os fatores, mas como ressaltam Maciel Filho e Branco (2008), os médicos estão onde a movimentação financeira está, sendo a medicina ainda uma profissão que tem forte apelo mercantil na atual sociedade.

⁵⁵ *Prevenção Quaternária* é um conceito que está sendo cada vez mais utilizada na área da Medicina de Família e Comunidade e na atenção primária como um todo. É definida como “ação feita para identificar uma pessoa em risco de supermedicalização, protegê-las de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científica e eticamente aceitáveis” (JAMOULLE; GUSSO, 2013, p. 205).

Essas questões devem ser consideradas para as políticas públicas que pretendem enfrentar o problema.

2.1.2 Entendendo o mundo das pessoas para agir de maneira responsável: “vou encontrar diferentes mundos na medicina”

A vivência no interior da Amazônia pode fazer emergir, para o estudante, a necessidade de compreender esse outro mundo, não apenas para conhecer uma realidade diferente, mas principalmente para que sua prática como médico possa se aproximar da visão de mundo das pessoas que vivem ali. A fala do interno abaixo evidencia o reconhecimento dessa fronteira, e que o mesmo preza uma atitude que não seja solipsista na profissão, recusando a centralidade em seu próprio mundo.

[...] é que não existe só o meu mundo. Dentro da profissão que eu escolhi, no meu consultório, ainda que eu esteja na cidade, eu vou encontrar diferentes mundos. Se eu tivesse só lá no meu mundinho, com uma visão centralista... “eu sou o médico da cidade, eu sei e você não sabe”... aí no final das contas eu ia prejudicar o paciente. Eu não aprenderia sobre cultura, comportamento, sobre as pessoas.[...] É um mundo completamente diferente do que eu estou acostumado. (João)

A compreensão de que se trata de uma fronteira não fica para os internos apenas no plano do conhecimento, mas se volta para o plano da ação. Então, conhecer o mundo da pessoa, o contexto em que se insere e como ela pensa e lida com seu processo de adoecimento, torna-se importante para a formulação dos projetos terapêuticos dos mesmos.

Eu acho que essa parte foi interessante, a gente tentar se adaptar ao meio, se adaptar ao contexto da população e não levar assim um planejamento pronto ou uma receita de bolo. Na verdade, é tentar se adaptar àquele contexto mesmo da população ribeirinha, dessa questão sociocultural mesmo, e geográfica também. (Ciro)

[...] o problema também não é só dar informação. Porque tem gente que a informação “vai entrar por aqui, vai sair por ali”, né? Então você tem que conhecer a realidade daquela pessoa. (Valter)

[...] tentar entender essa questão da população ribeirinha, do entorno, do contexto, a questão da dependência dos rios, a distância da cidade mesmo, então procurar entender não só a doença, mas o modo de vida deles e o contexto que a aquela população está inserida, a partir daí tentar formular planos e projetos de modo a interferir na saúde deles como um todo. (Wilson)

Nos primeiros fragmentos acima, cabe ressaltar a ideia de que não se deve levar algo pronto, como “uma receita de bolo”, numa ação apenas prescritiva ou normativa, pois dessa forma as orientações talvez possam “entrar por aqui, e sair por ali”, numa alusão a entrar por um ouvido e sair pelo outro, o que traduz uma informação que não ganha significado para

aquela pessoa, pois pode estar distante de sua realidade, de seu mundo. Trata-se da expressão do que Vasconcelos (2003) chama de “fosso cultural”, referindo-se ao distanciamento entre o conteúdo normativo presente nas ações de educação em saúde e a dinâmica de adoecimento e cura das classes populares. Stotz (2007) chama a atenção para a amplitude das ações da educação em saúde tradicionalmente realizadas, que abordam desde as técnicas para assegurar adesão às terapêuticas médicas até a prevenção de “comportamentos de risco”, como gravidez na adolescência, falta de higiene e sedentarismo.

Segundo o autor, essas ações se atém à norma estabelecida (“você tem isso, deve fazer aquilo”), pouco se importando com as condições e razões que levam as pessoas a adotar essas comportamentos ou atitudes, mantendo-se à margem das preocupações do profissional de saúde. A fala do interno ressalta a importância de conhecer a realidade, sugerindo que a vivência do contexto das pessoas que habitam os interiores pode fazer “saltar aos olhos” essas condições, tornando as práticas de educação em saúde mais próximas do modo de viver a vida da população.

A apreensão desse mundo, que no caso do Internato Rural acontece com a vivência *in loco* e contato com as pessoas em seu próprio mundo, torna-se importante para se possa entender e atuar considerando a pessoa “como um todo”, trazendo a dimensão da integralidade nas concepções e práticas. Outros fragmentos relacionados abaixo vão ao encontro desse entendimento, sugerindo que o cenário possa influenciar de alguma forma na maneira de pensar o adoecimento e agir. Certamente, não é apenas o cenário que faz com que o estudante pense diferente, mas o insere naquele mundo num contexto de instabilidade, quando ele está fora “de sua zona de conforto”, o que pode favorecer a novas apreensões da maneira de pensar e agir.

“Ah, essa paciente... a queixa principal dela é dor de cabeça e tal, tem outros sintomas associados, são esses, esses...” “Hum tá!” Aí ele começa a conversar com o paciente: “Ah, você mora aqui em Alter do Chão?” “Ah, moro!” Aí você fica meia hora depois e ele conversando e perguntando: “Ah, como é que está lá na sua casa?” E quando você vai ver, a dor de cabeça dela é um fundo emocional assim bem forte, sabe? E aí eu comecei a prestar atenção nisso. Então já me mudou na verdade nesse sentido. (Jovelina)

Quer dizer... a gente atende de dentro pra fora, só que na verdade é de fora pra dentro. [...] Que eu aprendi que fatores externos acabam interferindo nas manifestações que os pacientes sentem, e às vezes se eu ficar buscando muito no sintoma eu não consigo achar, mas se buscar em algum fator externo eu posso acabar descobrindo a causa do problema dele de maneira mais adequada. (Jorge)

Esse pensamento ampliado sobre o processo de adoecimento aparece em algumas narrativas como a abertura para a importância de “fatores externos” no processo de

adoecimento. Embora já estejamos verificando uma ampliação do pensamento no sentido da integralidade, percebe-se nessa maneira de narrar uma divisão que ainda remete à concepção cartesiana. Quando se fala em fatores internos e externos, geralmente se refere, por um lado, ao que é de base biológica, ou relacionada ao funcionamento dos órgãos do corpo; e por outro, ao que está relacionado à vida em relação das pessoas, que as condiciona a estresses físicos (ex: trabalho no roçado) ou psicológicos (ex: violência). Essa divisão é um constructo humano típico da modernidade e sua expressão para a área da saúde, a biomedicina. De acordo com o referencial biomédico estrito, o valor para o entendimento do processo de adoecimento está quase que apenas nesses fatores ditos “internos”, sendo a doença fruto de alterações fisiopatológicas do corpo. Os “externos” são entendidos apenas como um apêndice nessa compreensão, quase como “uma parte não médica” do processo de adoecimento, o qual não precisaria ser apropriado por esse profissional.

Nos fragmentos, apesar dessa divisão, que nos mostra que não é um processo fácil a ampliação do olhar, já há uma valorização explícita desses aspectos, que acontece quando o aluno é inserido naquele contexto e tem a oportunidade de refletir sobre sua relação com os processos de adoecimento. Nessa dimensão, o entendimento da visão de mundo do outro faz nexos com a fronteira de saberes e práticas, debatido no item 2.2, sendo este um componente capaz de conectar o reconhecimento do mundo à responsabilidade com o mesmo.

Indo no mesmo caminho, de ampliação do pensamento ainda com alguns referenciais da modernidade, o fragmento abaixo tem como figura de linguagem para compreensão das pessoas o “universo”...

O meu problema, assim... o meu questionamento em fazer isso, em saber sobre um universo que não é o universo no qual eu estou inserido, não é o universo que eu vivo, diz respeito ao seguinte: O ser humano é um ser complexo. Cada ser humano tem um universo inteiro dentro de si. E se eu sou médico e eu tenho compromisso de cuidar e tratar de pessoas, eu sou obrigado a entender de pessoas o máximo que eu puder. (Elton)

A análise desse fragmento de narrativa nos remete ao pensamento de Hannah Arendt, quando discorre sobre o processo de alienação do mundo (ver item 2.1.3), que acabou por deslocar o ponto arquimediano do mundo para o universo, e deste para o interior do indivíduo, inaugurando a perspectiva individualista da modernidade. No fragmento, há a tradução de mundo pela palavra *universo* e o reconhecimento de que se trata de outro mundo (“não é o universo que eu vivo”), e este também está no interior de cada ser humano, num reconhecimento de outra maneira de pensar e agir (“cada ser humano tem um universo dentro de si”). O interno nesse caso valoriza o movimento de entender as pessoas como manifestação

de seu compromisso como médico, e que influencia sua maneira de cuidar, evidenciando sua responsabilidade com as pessoas. O que fica entre a perspectiva da modernidade e o movimento de responsabilidade é o fato de que o mundo que está dentro das pessoas é um mundo coletivo, pois estas estão constantemente em relação com outras pessoas, e se recriando nessas próprias relações. O “entender o máximo que puder” deve também apreender esse *universo* relacional da pessoa.

Agir de maneira responsável com as pessoas e com o mundo ganha sentido nas narrativas dos estudantes quando se referem ao contato com o contexto, inclusive privado, das pessoas nos municípios do interior. Esse contato ocorre nas visitas domiciliares que os mesmos realizam durante seus estágios, tendo oportunidade de conhecer o mundo privado de seus pacientes e pensar sua prática a partir desse mundo.

Era o momento mais íntimo que eu poderia ter como paciente, era esse onde ele se abre totalmente mesmo. Ele está ali dentro do ambiente dele... Num ambiente de consultório é um ambiente artificial, mas dentro da casa da pessoa é um momento único, onde a pessoa realmente se entrega de corpo e alma. O Internato Rural dá essa oportunidade pra gente de exercer a medicina que eu digo assim... A medicina hipocrática de fato. Ele dá essa oportunidade... Em nenhum outro momento da graduação a gente tem essa oportunidade, só no Internato Rural. (Noel)

Então a gente atendia o paciente, mas tinha que levar em conta assim o contexto. Tanto a situação que ele vivia, como era o modo de vida deles, como que era a alimentação, o que ele tinha disponível em casa. De repente alguma planta, algum remédio, alguma fruta que ajudasse também na doença, ou no problema que tivesse. E também no modo de abordagem, porque não adiantava a gente tentar fazer uma abordagem que naquele lugar e naquele contexto ele não teria como seguir, como aderir ao tratamento. (Wilson)

Nos fragmentos acima, o contato com a esfera privada das pessoas ao mesmo tempo é vista como um momento delicado, em que a intimidade se expõe, mas como um momento oportuno de apreensão do mundo da pessoa, seja para adaptar as possibilidades de ação que constituem os projetos terapêuticos a esse mundo, seja para entender as dificuldades que existem em sua vida cotidiana que impedem que haja “adesão” a um tratamento proposto. Embora esta não seja uma ação que só o Internato Rural proporciona, o estudante o assume como um momento diferenciado para que isso aconteça em seu itinerário formativo. Esse é sentido nas narrativas como uma novidade no ensino da Medicina em sua faculdade, e descrevem como gratificante a experiência de trocar e aprender com a população sobre o mundo e as formas de lidar com o adoecimento.

Um aspecto importante na ideia de conhecer o mundo para a ação é a comunicação. Foram vários os momentos de narrativa em que os internos se referiram a dificuldades na comunicação e a importância de aproximar a linguagem para que haja a inteligibilidade

necessária para o cuidado. O fragmento abaixo revela a importância da comunicação no processo de compreensão do modo de viver das pessoas, condicionando a possibilidade de ser médico para alguém com essa capacidade (“criar essa ponte de comunicação favorável”). A vivência no interior parece ajudar no processo de valorização da comunicação na prática médica.

Quando a gente é inserido no Internato Rural aqui, mais do que agir como agente de saúde e entender como essa população vive, ele ajuda a gente ter essa visão de como a gente pode criar essa ponte de comunicação favorável. Que antes de ser médico, nós somos seres humanos que precisamos nos comunicar. E uma vez que eu consigo saber como você entende o mundo eu posso me comunicar contigo, e aí eu posso ser médico para você. (Elton)

Foi interessante que essas falas não se restringiram apenas à dificuldade de entendimento dos pacientes, sendo notória a dificuldade de compreensão e tradução, por parte dos próprios internos, em dois aspectos: na tradução do real sentido das queixas e nos termos populares utilizados pelas pessoas para se referir aos sintomas e aos segmentos e órgãos do corpo.

A habilidade de comunicação foi uma das mais referidas quando narravam o aprendizado no Internato Rural, tanto em consultas como em atividades educativas. A grande preocupação foi com o entendimento das orientações que os internos faziam para seus pacientes, como pode ser notado nos fragmentos abaixo...

São muito tímidos também. Se eles conhecem você eles falam. Se não, ficam quietos, olhando pro teu rosto e ficam rindo. Aí você pergunta e ele continua rindo. Aí você diz: “então olha no meu olho e fala.” Aí você diz: “mas você entendeu a pergunta?” Aí a pessoa, “entendi”. “Então me responde qual é o seu problema?” Aí desvia o olhar pra baixo, continua rindo e desvia o olhar. Aí você sabe que a pessoa está com vergonha. Aí você fala: “eu sei que você está com vergonha, mas pode me falar”. Aí você explica de outra forma. (João)

E o Internato Rural ele possibilitou esse exercício da habilidade de comunicação... de no momento da consulta fazer educação em saúde, e de me exigir que transformasse o conhecimento que eu tinha numa linguagem que fosse perfeitamente acessível a do paciente, e também me tornar apto ao entendimento. Então eu tinha que fazer esse feedback. Então quando eu conversava com o paciente eu tinha que conseguir compreender as angústias dele dentro daquele problema que ele estava me relatando. Eu tinha que compreender também quais angústias estavam implicando numa maior dimensão daquele problema ali pra intervir (Noel)

No primeiro fragmento, o interno narra o que acontece numa consulta, evidenciando detalhes da linguagem não verbal do paciente, que acontece quando ele supostamente não compreende a linguagem do médico, ou quando não vê sentido nas orientações dadas pelo interno. Essas são interpretadas pelo mesmo como sendo um sentimento de vergonha do

paciente. Fica a pergunta, será vergonha mesmo? No segundo pode haver uma pista para outra opção a essa suposta vergonha, pois além de ressaltar a importância da utilização de uma linguagem mais próxima da população, o interno aponta também para uma possível dificuldade de compreensão das angústias do paciente.

Como explicitado no item 1.1.3, as diferentes perspectivas de médicos e pacientes em uma consulta, traduzidas no conceito de doença e enfermidade – em inglês, *illness* e *disease* (KLEIMANN, 1978) –, podem estar envolvidas no que se chama de vergonha e angústia nas narrativas. O que transparece como sendo vergonha pode significar uma dificuldade de aproximar essas perspectivas por parte do médico, gerando um descolamento da orientação ou prescrição dada em relação ao mundo do paciente e o significado de seu sofrimento. A preocupação de ser “apto ao entendimento” para entender a angústia do paciente revela um movimento de tentativa de aproximação, numa busca pelo que Ayres (2007) chama de “fusão de horizontes” entre médico e paciente.

O longo fragmento abaixo, em que o interno narra um diálogo que teve com uma mulher gestante na consulta em uma comunidade ribeirinha na Unidade Fluvial Igarapu, é um bom exemplo da dificuldade de compreensão entre as perspectivas biomédicas e populares sobre o processo de adoecimento e as condições ligadas à saúde. A narrativa vai além do diálogo com a paciente, mas retrata o interno num diálogo consigo mesmo, “puxando” da memória o conhecimento e expressando sua angústia ao se deparar com essa situação na posição de médico. Ao mesmo tempo, aponta os *insights* e descobertas sobre o sentido do que a paciente dizia ao longo do diálogo.

Às vezes o paciente conta a história pelo final. Não é uma anamnese cronológica. Tem a queixa principal, HDA. O paciente diz que está com dor nos ‘quartos’, que quer engravidar, só que perdeu a ‘barrigada’. “Espera aí. Qual é o seu problema? Quer engravidar? Mas você não disse que está com dor nas costas?” Ah não, isso é só um probleminha. “Eu não posso ter filho porque o médico disse que não posso.” [...] Esse é o exemplo, da ‘barrigada’. A mulher chegou e falou que queria engravidar. Perguntei a idade e ela disse... 22 anos. Ela disse que pegou a ‘barrigada’ e teve um aborto. Perguntei como foi o aborto e ela disse que disseram que o útero não segura o bebê. Aí você já pensa num problema anatômico, se a paciente tem o colo cervical aberto, como que faz... Quando indaguei sobre o aborto ela disse que teve até que operar. Aí você vai puxando [da memória]... Aborto é até 22 semanas... Além disso, já faz o parto... Então, se operou não é aborto, o bebê morreu dentro da barriga, teve uma infecção, generalizando. Mas ao perguntar quantos meses ela estava, ela disse que estava com 3 meses. Então é aborto mesmo, onde não se induz o parto... Ela disse que foram 2, aí eu perguntei se foram 2 abortos. Eu perguntei se ela já tinha feito ultrassonografia e ela disse que já e que o útero dela tinha algum problema.. Mas ela disse que era normal. Aí você recapitula tudo... Eu perguntei por que operou, se havia algum problema, alguma infecção. Ela disse que o bebê estava fora do útero, por isso fizeram a cirurgia. Aí eu: “ah tá, teve uma gravidez ectópica! Agora eu entendi.” Quase que eu falo pra ela, já que ela teve dois abortos, que como ela teve dois abortos, e provavelmente dos dois lados, fez

duas salpingectomias, não poderia engravidar. Como falar pra uma mulher de 22 anos isso? Aí eu perguntei: quando foram a primeira e segunda cirurgia. Ela me disse que teve dois abortos na mesma ‘barrigada’ porque eram dois meninos, um igual ao outro. Gêmeos, né?! “Você teve dois meninos na mesma barrigada, significa que é uma gestação de gêmeos, e você teve dois abortos porque eram gêmeos!” Aí eu entendi o que ela estava dizendo. Foi uma loucura, mas depois eu entendi. (João)

Nesse fragmento, o interno faz uma narrativa sobre a narrativa, dando uma nova interpretação do que viveu e do que foi narrado pela paciente. Inicia fazendo uma distinção de como é feita a narrativa na anamnese e no contexto real de consulta, deixando explícito uma dificuldade mais geral sobre esse contato. Depois começa a realmente contar como foi o diálogo e sua lógica de pensamento ao longo do mesmo. De um sintoma inespecífico na queixa principal, o diálogo se desvelou numa história ligada à última gestação da paciente, que foi ectópica e gemelar, e tendo desfecho na cirurgia de salpingectomia. Até chegar à conclusão da interpretação do interno, que pela narrativa se constituiu num verdadeiro alívio para o mesmo, houve alguns momentos de *insight* onde ele conseguiu dar sentido na perspectiva biomédica à linguagem popular da paciente.

No processo de interpretação dos significados das queixas e explicações da paciente, houve influência dos termos tipicamente utilizados pela população do interior da Amazônia. Termos como a “barrigada” e a dor nos “quartos”, nesse fragmento, mas também a dor na “pente” e a “baldeação”, presentes em vários outros, rechearam a vivência dos internos junto à população do interior ao longo do Internato Rural. Os mesmos mostraram uma “estranheza” inicial, mas ressaltaram o aprendizado dos termos, valorizando-os como recurso a mais para relação médico-paciente com essas populações.

Aqui nós reaprendemos a nos comunicar com o paciente, o que também não é visto. Eles não sabem o que é cotidiano, religião, falam que sentem dor na “pente”. O que é pente? Me deu aquela vontade de baldeação. O que é baldeação? (João)

Doutora, eu estou com dor na “pente”. Você fica... o que é pente? Doutora, estou baldeando. O que é baldeando? Essas coisas a gente não sabe mesmo. Aí a gente vai descobrindo que a “pente” é a região de baixo ventre, depois que eles apontam. E o baldear é vomitar. Olha como é interessante! Vomitar seria encher os baldes, não sei... Mas mais ou menos por ai. E tem outras coisas assim que a gente vai descobrindo. (Iranette)

[...] a própria linguagem das pessoas, a gente aprendeu muita coisa.. Chegou uma paciente pra mim uma vez que ela tava com... Ela tava estava grávida... Ela foi numa consulta de pré-natal. E aí a mãe dela, que “puxa” a barriga.. Ela falou exatamente assim... A mãe dela, que “puxa” a barriga, disse que o menino estava atravessado e com as duas mãos dentro da ‘regada’ dela. Ai eu perguntei pra ela “mas o que é regada?”. E ela me falou, indicando.. e depois eu consegui raciocinar que era a vagina. Então ela acreditava que o menino tava atravessado com as duas mãozinhas dentro da vagina dela... (Teresa)

As narrativas dos internos evidenciam que, no contato entre esses dois mundos existem dificuldades de entender e de se fazer entender, pois os termos utilizados não são perfeitamente inteligíveis (JULLIEN, 2009). Os termos estão impregnados por seu contexto cultural. Trata-se de diferentes lógicas de pensamento que se relacionam diretamente com a cultura, com os mundos, tanto da biomedicina quanto da população que mora no interior.

[...] quanto mais desconfiamos de aproximações fáceis, mais parece arriscado julgar “passar” seguindo os mesmos fios (manipulados pela universalidade) de uma margem a outra – ainda que tivéssemos a prudência e a destreza de um acrobata. Tal continuidade não existe. Subsiste uma ruptura, irreduzível, de “imersão” ou de ambivalência, entre esses setores defasados: assim, verifica-se inevitável desconstruir aqui e reconstruir ali, *de-* e *re-*categorizar; a despeito da iniciativa de comparar (ora, toda a tradução necessariamente explica isso), deveremos igualmente *des-*comparar, pelo menos mediante o comentário, para deixar entrever esse resíduo de incomparável que, ao ser traduzido, foi dissimulado. (JULLIEN, 2009, p. 116).

No caso de municípios de fronteira, ou aqueles com um contingente expressivo de população indígena, a questão da tradutibilidade se dificulta ainda mais, pois nesse caso são línguas diferentes. Então, além das diferentes perspectivas, termos e culturas; há ainda a barreira de línguas que somente uma vivência mais intensa e prolongada no local poderia trazer. Ao lidar com essas populações, muitas vezes é necessário haver um tradutor, sob pena de inviabilização de compreensão no diálogo estabelecido. Esse é o caso de Tabatinga-AM, que é um município de tríplice fronteira (Peru e Bolívia) e com numerosa população indígena Ticuna.

[...] passamos as orientações e no final por curiosidade eu perguntei: “Você entendeu tudo direitinho como é que você vai tomar?” Ela me olhou com um cara assustada e disse em espanhol: “Eu não entendi quase nada” (Emílio)

Eu tive que atender um índio que ele não tinha tradutor... Só que no momento que eu fui atender não tinha tradutor e ele falava que tinha dor no peito. Aí eu tentei conversar com ele, perguntar alguma coisa que estava ruim, fazer sinal, mas ele não estava me entendendo tanto. Aí depois o tradutor não foi, aí ficou esse atendimento assim, eu tentei ao máximo conversar com ele, mas ele também não me entendia. é uma arte se comunicar. Ele só falava que ele estava com dor, então eu também não sabia se a dor era muscular. Eu não consegui assim diferenciar se era mesmo uma dor... Na hora me senti muito impotente na verdade. (Clara)

Além das questões relacionadas à linguagem, transpareceu também nas narrativas uma possível relação de dificuldades de compreensão ligadas às diferenças não só culturais, mas também socioeconômicas e ligadas à escolaridade. Essas parecem também ser dificuldades de ambas as partes, para compreensão do real significado das palavras e expressões, no que Velho (1978) denomina de “cultura de classes”.

Os internos se preocupam com o analfabetismo e a baixa escolaridade, pois podem dificultar a compreensão de receitas ou outros impressos. Ganha nesse caso a importância da criatividade na construção de outras formas de significação, com utilização de símbolos ligados ao modo de viver a vida dos moradores da região.

O que eu acho que é o diferencial até da própria Atenção Primária no interior é você poder conversar com aquele paciente de uma forma bem clara que ele consiga entender assim, na linguagem dele, porque às vezes a gente tem que falar na nossa linguagem mesmo, médica e tal. Ou então às vezes até como vocêalaria com um paciente com um nível de instrução melhor e tudo. Só que você chega pra falar pra aqueles pacientes que ele tem que fazer, por exemplo, um comprimido a cada 12 horas... (Jovelina)

Eu gostaria muito de poder atender e explicar a receita, e a pessoa sair sabendo, assim. Eu ficaria muito feliz se a pessoa entendesse o que eu tava falando. Eu tento, eu sempre fui assim. Eu sempre tentei falar em uma linguagem mais simples possível pras pessoas entenderem. Principalmente assim, não no meu meio, mas quando eu estou atendendo, e for uma coisa que aqui for importante, é... falar numa linguagem simples pra que elas me entendessem... e assim, teve gente que voltou e: “não, doutora, eu to tomando o medicamento”. Aí eu falei: e o horário? “Ah, não, to tomando nesse horário”. Assim, isso eu vou ficar muito feliz também daqui pra frente, a pessoa entender isso Aí eu vou estar fazendo o que eu sempre quis fazer. (Clara)

Em relação à questão da comunicação entre médicos e pacientes, geralmente é enfatizado que o médico tem que se fazer entender, pois sua linguagem se distancia da população, seja por sua característica eminentemente técnica, baseada numa semiótica própria, seja por questões socioeconômicas ou culturais. Em contrapartida, de maneira não menos importante, pode-se salientar que o médico também tem que saber ouvir, não só desenvolvendo a importante habilidade da escuta, mas que seja capaz de desvendar os signos de seus pacientes, sob pena de suas orientações não estarem condizentes com o modo como o paciente entende seu adoecimento. O que está em questão aqui é o que Valla (1997) sempre chamou de “crise de compreensão das classes populares”, em que a interpretação do médico sobre as queixas trazidas por seus pacientes não chega perto da dimensão do sofrimento (*illness*) dos mesmos. Carelli e Pompilho (2013, p. 3), ao escreverem sobre o poder nas narrativas médicas, ressaltam que “o perigo de não perceber esse fenômeno está na constituição de uma fala poderosa e ininterrupta que cala definitivamente aqueles que se acreditam (ou que são creditados como) incapazes dela. Nesse caso, não ouvir o doente na especificidade de suas narrativas pode, sim, levar à morte...”. No Internato Rural, abre-se uma oportunidade para essa compreensão, pois o encontro não se dá no contexto hospitalar, onde o médico está em sua situação de conforto, mas ocorre no terreno do outro, fazendo pender o desafio da compreensão para o lado do médico.

2.1.3 Amor mundi na prática médica na Amazônia: cultivando o sentimento de pertença sobre a região

O *amor mundi* é a nossa opção de pertencer ao mundo
(ALMEIDA, 2011 – sobre o pensamento de Arendt).

Para mim tem essa questão de amor a profissão, amor a terra, porque eu sou daqui
(Aracy)

O *amor mundi* é a resposta de Hannah Arendt para a alienação ao mundo ocorrida a partir do advento do pensamento moderno. Esse processo é analisado pela autora em *A condição humana*, tendo dois principais movimentos como marcos desse fenômeno. O primeiro foi o cristianismo, que inverteu a condição de imortalidade que os gregos davam ao mundo, para a alma. O mundo tornou-se uma passagem para a vida eterna. O segundo é representado pelos grandes descobrimentos da era moderna, que desafiaram nossos sentidos ao revelar que a Terra girava em torno do Sol, e não o que aparecia aos nossos olhos. Esse fato desafiaria a verdade de nossas percepções e tornaria a certeza apenas no indivíduo como ser pensante. A Terra foi reduzida a um objeto frente ao universo, e se perdeu como nosso ponto de referência, que ao passar a ser o universo, passou a ser também, diante das incertezas, o interior de nós mesmos (ARENDRT, 1997; ALMEIDA, 2011). O processo de alienação do mundo foi representado por Arendt pelo “deslocamento do ponto arquimediano de nossa confiança e credibilidade no mundo para uma região ausente de qualquer topos, de qualquer espacialidade, ou seja, para a interioridade do *self*”. Para a autora, houve um desvio de valores, da “experiência humana da perspectiva de mundo para a interioridade não compartilhada do *self*” (ASSY, 2004, p. 31-32).

Com a lógica desenvolvimentista dos tempos modernos, nos alienamos do mundo e passamos a explorá-lo como se fosse um objeto. Nesse processo, usufruímos de maneira inconsequente da natureza, a tal ponto que hoje temos que agir intensamente para reverter o dano causado. Atualmente, a população mundial olha para a Amazônia como um dos últimos redutos de natureza que devemos preservar. Voltamo-nos então a esse mundo esquecido, cujo povo sofre até hoje com invisibilidade e inexistência de políticas públicas (FRAXE et al., 2009), numa manifestação localizada, mas bastante representativa, desse processo que representou o perigo de desmundialização da nossa era (ASSY, 2004).

Esse fenômeno nos torna (e aos estudantes) uma espécie de *estrangeiros* quando entramos nesse mundo. Talvez seja assim que, mesmo tendo nascido na Amazônia, os estudantes se sintam ao vivenciar o mundo do interior no Internato Rural.

O item 1.3.2 deste trabalho nos mostra que nos anos 90 do século passado a Região Norte contava apenas com três cursos de Medicina: UFAM, UFPA e UEPA. Só depois houve crescimento do número de cursos de Medicina na Amazônia, aumentando a quantidade de vagas ocupadas por alunos da própria região. Os cursos implantados nos últimos 15 anos já incorporaram em seus currículos elementos das DCN (BRASIL, 2001), sendo o Internato Rural um dos que representam um recorte regional dos itinerários formativos na área médica. A grande maioria dos cursos tem essa atividade em sua grade curricular, com diferentes desenhos e estágios distintos de implantação (ver item 1.3.2).

Além do Internato Rural, os dois cursos que participaram da pesquisa possuem políticas próprias de interiorização, voltando-se para as necessidades do interior do estado e qualificando sua condição de universidades estaduais. A UEA possui um sistema de cotas para os municípios do interior, sendo a forma de ingresso de metade das vagas anuais, e a UEPA, com seu *campus* em Santarém, implantou um curso de Medicina no interior do estado, contribuindo a formação de um polo de desenvolvimento no oeste do Pará.

Como nos exemplifica Ceccim e Pinto (2007), um contingente expressivo de vagas nas universidades da Região Norte é ocupado por candidatos de outras regiões, fenômeno que ocorre principalmente nas federais. Entre os internos entrevistados, apenas um não era oriundo da região, sendo os demais do próprio Estado da sede da universidade ou de Estados vizinhos da Região Norte. Em geral, o sentimento de pertença à região e o mundo da Amazônia esteve bem marcado nas narrativas, tanto em estudantes do interior como das capitais.

Ao abordar a questão do *amor mundi*, Arendt qualifica essa noção de pertença quando expressa o seguinte pensamento: “somos habitantes em algum lugar, na medida em que a ele pertencemos” (ALMEIDA, 2011, p. 79). A autora ressalta que é possível estar no mundo e optar por não se sentir em casa nele, sendo este um fenômeno cada vez mais frequente na modernidade. Quando optamos por pertencer a esse mundo, expressamos *amor mundi* em nossas palavras e gestos.

Na educação, é responsabilidade das instituições e do professor apresentar o mundo, criando possibilidades para a emergência do *amor mundi*, a noção própria de pertença. Isso parece acontecer nas experiências no Internato Rural na Amazônia, na medida em que as narrativas expressam tanto um sentimento de gratidão pelo acolhimento e reconhecimento

deles como profissionais (quase médicos), como com a valorização da figura do médico no interior. Com base em Arendt, Almeida (2011) coloca que a educação é capaz de evocar o *amor mundi*.

O interno que tem sua origem no interior da Amazônia demonstra um sentimento de amor e gratidão pelo local, expressando sua vontade de ajudar seu povo, com boa possibilidade de retorno para trabalhar em sua terra.

A gente não pensa também só na questão do salário aqui. Para mim tem essa questão de amor a profissão, amor a terra, porque eu sou daqui, eu sou muito suspeita também pra falar disso. (Aracy)

Eu lutei tanto pra chegar onde eu to, que eu sou do interior... ninguém acreditava, assim, sabe, passar... eu sempre quando era criança, eu dizia: “não, eu quero fazer medicina”... Aí eu demorei a passar no vestibular, aí minha mãe dizia: minha filha, faz matemática, porque eu sempre gostei de matemática, eu dava aula de matemática em Benjamim. Mas eu dizia: não, eu quero medicina. Eu sabia que um dia eu ia passar. Aí quando eu entrei, sabe, assim... eu peguei o curso como se fosse... nunca reprovei nenhuma matéria, graças a Deus, porque eu sempre dei o meu melhor. (Alcione)

Esse aluno nosso era um aluno filho de um pescador e conseguiu se formar médico, os irmãos também conseguiram. Essa é uma família que a gente... Eu sempre dou o exemplo. O pai pescador mesmo, a família humilde e conseguiu formar ele como médico, o irmão como engenheiro, e mais a irmã como enfermeira, então os filhos... Então isso é importante. Então ele foi uma pessoa que tem ligação com a comunidade. Ele gostava de voltar lá, de fazer, não sei se depois de formado e tudo mais vai.. Mas pelo menos durante o nosso trabalho ele contribuiu muito com a comunidade dele. (Elza - docente)

No segundo fragmento, a interna ressalta seu empenho durante o curso decorrente de sua condição de “cotista”, deixando transparecer o esforço que fez para conseguir entrar no curso de Medicina. No terceiro, a professora conta sobre a contribuição de um estudante cuja família habitava em área ribeirinha, revelando a mesma intensidade de empenho nas atividades. As narrativas de estudantes e professores se mostraram em geral favoráveis ao sistema de cotas da universidade, reconhecendo que essa política afirmativa, junto com o Internato Rural no final do curso, pode melhorar a saúde das pessoas do interior, com o possível retorno de egressos para essas localidades.

Uma coisa que eu gosto muito da UEA é a questão das cotas do interior. Dá oportunidade pra essas pessoas, assim.. que o vestibular é muito complicado, e esse acesso é mais fácil. E a gente tem, na minha sala tem uns bons exemplos de pessoas que são do interior e vão fazer muita diferença. (Clara)

E esse sistema de cotas, essas políticas afirmativas agora também facilitam isso. Não adianta, né... se eu tenho 50% dos meninos que são do interior, e eles fazem o Internato Rural... Então o Internato Rural é uma ponte a mais aí pra eles se estreitarem com o município e voltarem (Alfredo - docente)

As políticas proativas que abrangem o processo de seleção para a universidade têm sido bastante utilizadas em diversos países como Canadá, Austrália e Estados Unidos, com resultados exitosos e duradouros no recrutamento e fixação dos profissionais no interior (TESSON et al., 2005; RABINOWITS et al., 1999). Essa tem se mostrado a ação que mais contribui para a interiorização, sendo a origem rural (*rural background*) a condição com mais força de associação com a volta para o interior (ROURKE et al., 2005).⁵⁶ No Brasil, há políticas afirmativas para algumas condições socioeconômicas e raciais, com a determinação de um percentual de cotas. Ao contrário do que por vezes se propaga no senso comum, os alunos que ingressam por cotas parecem não mostrar rendimento pior que os demais alunos (BEZERRA; GURGEL, 2011). Nas narrativas, essa questão aparece de maneira bastante positiva, ressaltando aspectos como os “bons exemplos” que podem “fazer a diferença” em seu local de origem, ou até atuando em outro contexto, mas mantendo o sentimento de pertença àquele mundo.

Uma das professoras entrevistadas falou sobre possíveis diferenças entre os estudantes da capital e do interior na experiência do Internato Rural, levando em consideração esse sentimento de pertença. A mesma ressaltou:

Para o grupo que não é do interior a vivência é uma, para os alunos vindos desses municípios a experiência é outra (Ivone - docente)

E exemplifica essa situação no fragmento abaixo, quando narra a experiência de um dos grupos que acompanhou certa vez.

Pra esses alunos que não eram de lá, se queixaram muito das condições. Tudo era muito desagradável, tudo era muito difícil, tudo era muito ruim... Pra eles dois não, era a cidade deles, era o lugar deles, e eles sabiam que aquilo era o melhor que aquele município podia oferecer pra aquela população e pra aqueles estudantes que lá estavam, então não é só porque eles estavam defendendo o município deles, é porque é o modo deles verem, deles vivenciarem, de aprenderem lá e a experiência que também traziam... (Ivone - docente)

O *amor mundi* se manifesta nesse fragmento quando coloca a defesa não apenas do município deles, mas do modo de vivenciarem aquelas condições, pelo qual os mesmos se sentem corresponsáveis. Ou seja, não parece algo fora deles, de um outro externo pelo qual não tem responsabilidade, mas que faz parte de si próprio, algo a que pertencem. Trata-se do *amor mundi* em sua essência.

⁵⁶ Ver item 1.3.4.

Embora possa haver algo como essa divisão entre alunos do interior e da capital, o que transpareceu nas narrativas é um sentimento de pertença geral sobre a região da Amazônia. A diferença é que grande parte dos alunos oriundos das capitais estão sendo apresentados a esse mundo no Internato Rural, e parece que ao “encararem” e conhecerem esse mundo, se encantam e se enxergam como habitante, mais do que de sua cidade, da Amazônia como um todo. Esse processo de construção da pertença passa por ser acolhido e considerado no local, valorizar o trabalho naquele local e construir uma nova visão daquele mundo, criando as bases da possibilidade de sua renovação. Para Arendt, esse processo pode acontecer, desde que estejam ancoradas na tradição (conhecer a história desse mundo), haja a possibilidade de exercer a capacidade de pensar (reflexão), e de agir com liberdade a partir de uma nova visão de mundo, condizente com um sentimento de pertença e da construção de um ideal de *amor mundi*.

O acolhimento da população do interior com os internos de Medicina parece ter um significado especial para eles. Nas narrativas transparece algo diferente do que geralmente se vê na capital ou na sede da escola, onde eles costumam ser vistos como estudantes, quase sempre acompanhando um médico mais experiente, seja o residente ou o preceptor. Apesar da proximidade da formatura, eles ainda têm dificuldade de se enxergar como médicos. No Internato Rural, parece haver uma diferença marcante nessa visão. Os estudantes reconhecem uma valorização diferenciada de sua presença ali já como “doutor”/“doutora”.

Muitos associam essa acolhida com a escassez de médicos da região, outros a um tipo próprio de tratamento/relação das pessoas do interior para com os profissionais. Independentemente do que está envolvido nisso, os internos sentem a diferença e expressam esse sentimento com palavras como “respeito”, “carinho”, “reconhecimento” e “retorno”. E narram episódios em que os pacientes elogiam seu trabalho, pedem abraços, tiram fotos e preparam refeições, fazendo com que se sintam pessoas importantes para aquela comunidade. E nas consultas eles reconhecem que o paciente é mais interessado, presta mais atenção e tem maior avidez por informações.

[...] parecia assim que eles tinham dado tudo que eles tinham, né? Porque eles têm muitas limitações, mas com essa limitação financeira, que acredito que tinha sim limitação financeira, mesmo assim eles fizeram um banquete muito bom e muito completo pra gente. Assim, por um lado aquilo me emocionou... de pessoas que têm muito mais condições muitas vezes não fazerem esse tipo de coisa, de agradecer e de confraternizar, e lá não, lá era um momento único, aquilo me tocou bastante, né? Parecia que eles estavam dando tudo que eles podiam, se eles pudessem fazer um banquete melhor, fazer uma receptividade melhor, eles fariam. Isso me chamou atenção. (Noel)

Sempre que se fala que se vai pro interior trabalhar, a gente pensa que lá não tem absolutamente nada pra fazer, vai ser um bando de índio que eu vou encontrar lá. E não é assim. É uma população carente, uma população que te abraça de verdade, mesmo como aluno eles já te chamam de doutor, de doutora. Porque eles sabem que você também tem um conhecimento, que está só faltando uns passinhos pra terminar e ser médico. E eles sabem que você vai pra lá com boa vontade pra ajudar. Então eles se deixam examinar por mãos que não são tão habilidosas quanto outras, por não serem médicos, mas que já conseguem te ajudar. (Teresa)

Mas esse negócio de conviver com a população mesmo carente eu gostei. Eu gostei dessa experiência. De conviver com a pessoa carente. Porque eles te valorizam tanto... eles esperam tanto de ti, sabe? E eles te agradecem de uma forma... aí eu gostei muito de trabalhar com a população carente mesmo. (Alcione)

Analisando a narrativa dos fragmentos selecionados acima, a palavra *carente* aparece de maneira recorrente. Uma das condições que pode ser traduzida nessa palavra é o fato de que se trata de uma população com poucos recursos financeiros, o que fica mais claro no primeiro fragmento. É importante salientar que a carência pode estar associada a outras questões, não sendo claramente um sinônimo de pobreza. Evitando entrar na polêmica desses termos, mas deixando clara sua diferença, a carência pode estar relacionada, por exemplo, à escassez de profissionais de saúde na localidade.

Uma passagem bem interessante do segundo fragmento é quando a interna fala que nas consultas “eles se deixam examinar por mãos que não são tão habilidosas”. Nesse momento ela deixa transparecer que mesmo ainda inexperiente como médica, ela se sentiu útil àquelas pessoas. O acolhimento e a valorização do interno já na condição de médico são experiências gratificantes para o mesmo, que reconhece um aprendizado diferenciado na vivência do internato e parece fazer emergir um sentimento de gratidão por aquela pequena cidade que o acolheu, fortalecendo a noção de pertença à região:

Isso não tem na cidade grande! (Elton)

A presença da universidade na localidade também é vista de maneira distinta da capital, podendo representar para a população uma aproximação com a academia que pode significar tanto um retorno para a sociedade, no trabalho com uma população mais vulnerável numa manifestação de responsabilidade coletiva da mesma, como a oportunidade para a população de acesso à educação de nível superior. Esse tratamento diferenciado que a população dá ao interno também pode significar uma valorização do novo, com a possibilidade de renovação de uma localidade com poucos profissionais e serviços de saúde, pelo menos no que diz respeito à prática médica.

No item 1.3.3, pode-se ter uma ideia da má distribuição de médicos entre capital e interior. Em alguns estados da Região Norte, como Amazonas e Pará, chega-se a um número de médicos por mil habitantes mais de dez vezes superior na capital em relação aos municípios do interior. Diante dessas cifras, logo vêm ao pensamento algumas indagações. Talvez a primeira e a mais natural seria: o que faz o médico querer permanecer na capital? Mas talvez a mais importante nesse caso, e mais interessante para esta pesquisa seja: o que faz o médico não querer trabalhar no interior?

Numa leitura mais simplista, podemos inferir que a primeira responderia à segunda: o médico não vai para o interior porque quer permanecer na capital, onde há mais conforto, onde há mais opções de lazer, consumo e talvez maior felicidade no trabalho. Contudo, como explicitado ainda no item 1.3.4, estudos realizados no Brasil e no exterior dizem que essa resposta não é tão simples assim. As narrativas dos estudantes e professores entrevistados nesta pesquisa também parecem dizer que essa resposta é mais complexa do que parece. Um dos indícios é a visão do trabalho médico no interior, que os alunos formam a partir da experiência do Internato Rural, onde há oportunidade de entrar em contato com esse mundo, reconhecendo suas necessidades e a importância do médico para a localidade.

No contato com os serviços de saúde e a população do interior durante o Internato Rural, os alunos reconhecem a necessidade de ampliar as competências do médico, tanto na maneira de analisar as situações de adoecimento quanto na construção de habilidades para lidar com algumas situações mais frequentes em área rural ou que necessitam de intervenção mais imediata, em que não há possibilidade de remoção para um centro maior. Para os internos, o médico do interior tem que “se virar com pouco” e improvisar conforme as necessidades das pessoas na maior capacidade de adaptação à realidade. Além disso, tem que ampliar suas competências para conseguir maior resolutividade, valorizando a clínica “desarmada” e tem que adquirir habilidades cirúrgicas básicas.

Aquela história que o médico que está no interior é aquele que não tem capacidade de trabalhar na cidade, ainda existe na cabeça de alguns profissionais, e não tem nada a ver. Aqui é uma outra medicina, aqui é uma outra coisa... que os médicos qualificados também estão aqui. (Angenor)

Então aqui você tem que se virar como pode. Eu acho isso importante também, porque o médico, ele tem que ser o médico, ele tem que se adaptar à situação. Uma coisa que sempre falavam na graduação que eu to vendo agora, é que ser médico não é igual a receita de bolo, você não pode decorar daquilo... não tem que ser... não pode, você tem que se adaptar, e isso eu estou presenciando aqui no rural. (Alcione)

De cara a gente aprende a reconhecer a competência do pessoal do interior. Estar no interior não é uma questão de competências, às vezes a gente tem muita ideia... é uma ideia que acaba sendo passada para nós pelos preceptores. Mais cedo ou mais

tarde ela acaba impregnando na gente e é bom que a gente tenha essa experiência do Internato Rural também para gente se soltar dela, de que o profissional que está no interior ele é um subprofissional. Ele é um profissional que ele está no interior porque ele não teria condição alguma de estar na capital, ele não teria campo de trabalho aqui porque aqui estão os bons. Enquanto a gente vê que tem profissionais que eles estão no interior porque eles gostam de estar no interior, eles têm um gosto de lidar com os problemas que se apresentam no interior que eles jamais encontraria na cidade. (Valter)

A medicina rural tem sido tema de estudos e publicações da Associação Mundial de Médicos de Família (Wonca), e justamente por algumas dessas peculiaridades apontadas pelos estudantes, está se desenvolvendo como uma subárea, com competências e formação complementar específicas para seu exercício. No Brasil já estão em fase de planejamento os primeiros projetos de formação complementar na forma de um terceiro ano da residência de Medicina de Família e Comunidade específico em Medicina Rural. A Wonca e a SBMFC têm elencado essas competências essenciais para o médico rural e agido propositivamente na qualificação dessa forma de atuação (WONCA, 2001; SBMFC, 2011).

A questão de um trabalho realizado com poucos recursos é pontuada nas narrativas, não como uma justificativa para a não realização de tarefas ou como motivos para encaminhamentos desnecessários, mas como mérito dos profissionais que “fazem tanto com tão pouco” e “têm que se virar com o que têm”. Essa perspectiva, em seu próprio trabalho no Internato Rural, é encarada pelos internos como uma possibilidade de aprendizado que não teriam na capital. Essa percepção acaba por valorizar a figura do médico do interior, o que transparece claramente no primeiro fragmento acima, em que o interno reconhece que há diferenças no trabalho (“outra medicina”), não podendo a qualidade do profissional ser julgada por seu local de atuação, se na capital ou no interior.

No terceiro fragmento acima, também aparece a questão da competência do médico que trabalha no interior, mas vai além, abordando algo da pergunta inicial, do por que estar, ou não, no interior. Assim como explicitado na citação abaixo, é possível ter qualidade de vida, ser “bem-sucedido” e ter satisfação com o trabalho também no interior. Tanto as pessoas que são do interior quanto aquelas que por algum motivo se encantam com esse contexto, podem aliar essas perspectivas e desenvolver um bom trabalho em localidades que às vezes os que as desconhecem não achariam que fosse possível. A experiência do Internato Rural parece contribuir para uma imagem positiva do trabalho no interior, abrindo portas para essa possibilidade.

Ele quer trabalhar no interior, ele quer ter qualidade de vida, ele quer ser bem sucedido, ele quer ter satisfação no que ele faz. Então ele se acha muito satisfeito fazendo isso, trabalhando no interior. (Antônio)

Outros dois atributos da prática médica no interior, não específicos desse contexto, mas que saltaram aos olhos dos estudantes no Internato Rural, foram o trabalho em equipe e a longitudinalidade.

O que eu senti de primeiro lá no Igarapu foi a união da equipe. Não tem aquele negócio de médico, enfermeiro, dentista. Todo mundo é igual. Todo mundo junto, as refeições são todas juntas obrigatoriamente. Se o almoço for servido às 11 horas e todos os médicos já terminaram, mas o dentista ainda está atendendo, ou a moça que está fazendo a triagem está ocupada, não importa, todos são servidos juntos. Café da manhã, almoço e janta, as refeições são obrigatoriamente juntos. Todo mundo junto. E aí você já quebra o gelo... Você já tem um ambiente de camaradagem.. Aí você passa o dia todo junto e aí você já chega, dorme.. Aí você tá num ambiente restrito. Ainda tá isolado do mundo.. Aí você percebe.. O ambiente fica mais familiar, também por estar afastado do mundo. É mais familiar que profissional. (João)

O estagio rural a gente faz o acompanhamento constante, a gente faz um acompanhamento contínuo de tudo que está acontecendo aqui de forma que a gente acabe traçando um filme, como se fosse um filme com início meio e fim. (Jorge)

O último fragmento nos leva a crer que as experiências que os estudantes têm ao longo das disciplinas ou nos outros internatos é de certa forma pontual com os pacientes, não havendo muitas oportunidades para acompanhar a evolução das pessoas em seu processo de adoecimento. No Internato Rural, embora não seja um período muito longo, eles podem estar mais próximos das pessoas, o que facilita o processo de acompanhamento. Apesar de o trecho apontar essa possibilidade, a longitudinalidade ainda permanece como um desafio para os itinerários formativos, que geralmente possuem um tempo limitado de contato com os pacientes assistidos. Numa unidade fluvial, por exemplo, o contato é de certa forma pontual, pois o tempo de deslocamento faz com que seja muito difícil a volta do interno para a mesma comunidade em que atuou.

A experiência da unidade fluvial representa uma imersão coletiva no mundo da Amazônia e no mundo do trabalho. Os profissionais passam a viver o trabalho por alguns dias. Como dito anteriormente, essa convivência pode facilitar o trabalho em equipe de maneira interdisciplinar, na medida em que há um permanente contato que extrapola os momentos de atendimento. Atividades como as refeições passam a ser bons momentos de troca, onde todos se veem como iguais. Nas palavras do interno, o “ambiente fica mais familiar que profissional” quando a convivência proporciona um ambiente distinto do parâmetro tradicional de “profissional” em que há divisão clara do trabalho.

Em tempos de superespecialização e de naturalização do saber do especialista, a ação num cenário que promove o reconhecimento do médico generalista como um profissional com outro olhar, mais ampliado, “sabendo de tudo um pouco”, trabalhando com vínculo e

interação com as outras profissões, e ainda tendo uma boa resolutividade com a clínica, é um diferencial na formação médica contemporânea:

O interior é o lugar onde as pessoas precisam do que a gente sabe fazer (Francisco)

Um dos problemas que geralmente povoam o imaginário dos médicos sobre a atuação no interior é a dificuldade em alcançar uma resolutividade aceitável dos problemas. Já é clássico o dito de que a Atenção Primária é capaz de resolver de 85 a 90% dos problemas de saúde (OPAS, 2011). Isso realmente acontece se o médico tiver o mínimo de apoio diagnóstico e terapêutico, uma formação que o permita enxergar além da perspectiva biomédica e apoio de outros profissionais de saúde e especialidades. Ou seja, esse nível de resolutividade não é tão simples de se alcançar, embora com uma boa conduta clínica já se possa resolver ou cuidar da grande maioria das pessoas que buscam atendimento na Atenção Primária.

A fala dos internos foi muito positiva na análise da atuação dos médicos do interior também nesse quesito. Nas narrativas eles até se impressionam por estar conseguindo lidar com o adoecimento de pessoas, mesmo em lugares remotos:

Você resolve o problema. A gente estava resolvendo um problema dentro de um barco, no meio da floresta. (João)

Em pequenas cidades no “meio da floresta”, os internos percebem sua capacidade resolutiva, de um jeito que possivelmente não aconteceu ao longo de sua formação, e a reconhecem como um dos benefícios principais do Internato Rural para a população dessas localidades.

É você conseguir pegar esses problemas, assim, que o paciente chega contigo e te apresenta e tenta achar uma maneira de contornar, pra que consiga fazer um atendimento de saúde de boa qualidade assim, pra daqui um tempo... esse paciente não ser mais um paciente na atenção secundária e terciária. (Jovelina)

O fragmento acima, além de evidenciar a importância que a interna deposita no trabalho da Atenção Primária no interior, demonstra uma preocupação de fazer um atendimento de qualidade também para que o paciente não seja mais um encaminhado para os níveis secundário e terciário do sistema. Uma das ferramentas que têm crescido muito no Brasil e no mundo, capaz de contribuir para que isso se efetive, é a estratégia de Telessaúde.

Nas duas universidades pesquisadas, existem núcleos de Telessaúde, sendo que na UEPA o mesmo se situa no campus principal em Belém. O polo de Telessaúde da UEA

constitui atualmente o núcleo mais forte da Região Norte e tem ligação com a maioria dos municípios do interior do estado. Da sede da universidade, são três as estratégias de apoio ao interior via Telessaúde: o IPTV,⁵⁷ que constitui dispositivo de comunicação em tempo real por vídeo, permitindo teleconferências e contatos diretos entre a equipe do interior e da sede; o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), que possibilita a organização de cursos na modalidade de educação à distância com plataforma *moodle*; e o Ambulatório Virtual, que talvez seja o recurso que mais contribui para o aumento da resolutividade local, em que os médicos do interior descrevem um caso clínico com possibilidade de postagem de fotos, numa espécie de segunda opinião virtual, respondida por um conjunto de especialistas selecionados que trabalham na capital.

E o ambulatório virtual é uma ferramenta valiosa por vários motivos, ele é uma ferramenta boa porque você coloca o paciente numa situação onde ele se vê assistido por profissionais locais de competência local e profissionais especialistas. Então o atendimento dele ganha em qualidade porque pra ele é a mesma coisa que sair daqui e atender no ambulatório lá em Manaus com a conveniência de não ter de se deslocar, tanto por parte dele como por parte do município. (Elton)

Então é uma ferramenta, um recurso que está aqui pra ser usado por vocês que evita muitos transtornos, e... Assim, eles sabem como funciona, mas quando a gente for embora, até outra equipe chegar fica um pouco esquecido. (Angenor)

Os internos da UEA reconhecem a importância da estratégia para o aumento da resolutividade, proporcionando aproximação entre os mundos, melhoria do acesso e prevenção de deslocamentos e encaminhamentos desnecessários. A estratégia de Telessaúde se propõe a apoiar as ações do Internato Rural dessa universidade. Os estudantes sentem esse apoio, mas ressaltam que em alguns municípios o Telessaúde é subutilizado, sendo a presença deles também um estímulo para a utilização da estratégia pelos profissionais locais. Parece então que são estratégias que se apoiam mutuamente.

Como nos diz Arendt, o *amor mundi* é o que temos como resposta para o contexto sombrio que se formou a partir da constituição de sociedades de massa (ALMEIDA, 2011), sendo nossa responsabilidade, enquanto docentes, a disseminação dessa perspectiva, numa atitude responsável com a educação e com os jovens, que são capazes de renovar esse mundo. O que se observou neste item é que existe uma grande potencialidade nas experiências de Internato Rural para a construção desse sentimento de pertença para com o mundo, havendo a possibilidade de mudanças de pensamento e prática em relação a ele. Para a Medicina, essa perspectiva é valiosa, sendo que esse estágio representa mais um elemento para o

⁵⁷ IPTV (do inglês *Internet Protocol Television*): plataforma que permite a realização de conversas, reuniões e conferências em tempo real com a visualização de dois ou mais pontos de conexão em diferentes locais.

desenvolvimento de práticas mais cuidadoras e que reconheçam o outro como partícipe dos processos terapêuticos, num senso de corresponsabilidade com o mundo.

2.1.4 Renovando o mundo: a esperança no novo a partir do Internato Rural

Como se eu começasse a plantar as flores no próprio jardim, que é a região onde eu nasci. (Angenor)

A esperança em Arendt repousava sobre o signo da natalidade. O fato de que os novos podem ser capazes de mudar o mundo faz valer a pena a ação responsável e o *amor mundi*. Para a autora, um dos papéis da educação é apresentar o mundo para os mais novos e de certa forma “protegê-los” dos movimentos que conduzem a uma sociedade de massas, onde as concepções e práticas são uniformizadas e construídas para que operem sem a necessidade de pensar. Desta forma, estaremos preservando a capacidade que os novos têm de renovar o mundo.

Ao ingressar no Internato Rural o estudante encara esse mundo, vivencia sua realidade, que o afeta de alguma forma, e parece desenvolver um novo pensamento sobre esse mundo, que é congruente com a ideia arendtiana de renovação. As narrativas parecem reconstruir uma imagem do interior a partir da vivência da realidade. O estudante forma uma nova visão de interior e essa imagem parece ser bastante positiva em relação à ideia anterior, e por vezes qualificada como surpreendente. A oportunidade de fazer o Internato Rural é capaz de “abrir os olhos” dos estudantes para o interior, tanto na maneira de viver quanto na de trabalhar, e faz com que o futuro médico tenha ideia das necessidades daquele povo.

Eu não conheço bem o interior da Amazônia. Tinha uma imagem bem pior. Se me perguntassem antes se eu tinha planos de trabalhar no interior eu tinha certeza que não, que a minha imagem era bem pior. (Francisco)

Ao narrar esse processo de construção de um novo ponto de vista, os internos utilizam expressões como “perder o medo”, “quebrar barreiras ou preconceitos” e “desmistificar ideias”, o que dá a noção mesmo de desconstrução das concepções formadas previamente sobre o interior. Na pesquisa de Barbosa (1995), na UFMG, os estudantes também revelaram ter perdido o medo de viver e trabalhar no interior, principalmente pela constatação de que são capazes de atenderem sozinhos à demanda dos pacientes. No presente trabalho, os fragmentos abaixo nos dão uma ideia de que medos e preconceitos são esses, e que aspectos são considerados importantes na construção dessa imagem prévia à experiência.

Às vezes algumas cidades não são tão mal estruturadas como a gente pensa que é, e quando tu vai lá e vê a situação isso diminui o preconceito, diminuiu o medo. Que você tem medo de você pegar e ir para o interior. (Nelson)

Foi interessante pra perder o medo no interior, querendo ou não qualquer um que se vê no interior se vê como um profissional isolado e é ruim isso na nossa área porque a gente sabe o quanto o conhecimento médico é amplo. Na verdade, também nesse sentido, também o interior quebrou um pouco dos paradigmas em relação a isso (Guilherme)

O medo do isolamento e o receio de estar em um local onde não há estrutura parecem ser as principais preocupações. A narrativa do interno abaixo caracteriza esse medo de isolamento (isolamento de quê?) a que o fragmento acima se refere.

No interior você não tem uma especialização, no interior você não tem uma residência, no interior você não tem oportunidade de crescer academicamente falando, né? Se atualizar... E a nossa profissão... medicina, enfermagem, é isso... é atualização sempre. A gente não vai poder parar de estudar, nem quando a gente tiver uma idade mais avançada, a gente não vai poder parar de estudar porque o mundo está sempre mudando (Mario)

O isolamento se refere, principalmente, ao aspecto acadêmico e de necessidade de aprendizado contínuo que a medicina impõe, sendo essa uma das principais preocupações para o bom exercício da profissão. Os professores sabem desses temores e o consideram natural. Afinal, para muitos é um mundo novo, que eles estão encarando pela primeira vez no Internato Rural.

Na fala abaixo, o professor dialoga sobre o medo do isolamento, demonstrando novas possibilidades a partir do advento da internet, com o aumento das oportunidades de cursos de educação à distância e com a implantação da estratégia de Telessaúde.

[...] são possibilidades que você mostra pro egresso de medicina, que ele pode fazer da sua vida profissional com qualidade no interior. Eu acho que, hoje, o acesso à internet, as facilidades hoje que você tem de negociação com teu gestor, eu acho que isso, é... isso te facilita muito. Esse discurso, às vezes vazio, de que você tá abandonado, longe, desatualizado, sem recurso, trabalhando no interior, isso já passou gente. Eu acho que hoje você tem aí Telessaúde, você tem os congressos, você tem... se atualiza por internet, baixando, né... você tem possibilidades enormes aí. A própria rede de aviões aqui tem melhorado muito. Se a gente pensar numa década atrás, hoje a gente tá muito mais bem servido de aviões, de transporte, e tudo mais, né. Então, é dizer pra eles que há outra possibilidade além de Manaus (Alfredo - docente)

Ao mostrar o mundo, o Internato Rural é capaz de desmistificar algumas ideias preconcebidas e ampliar a visão sobre o mundo da Amazônia, aumentando a noção de pertencimento dos internos, que se sentem mais seguros e confortáveis, e mais confiantes de

que a saúde no interior pode funcionar adequadamente. Desta forma o Internato Rural, como constituinte de um itinerário formativo próprio, gera uma visão mais sólida daquela realidade.

[...] na minha família não tem nenhum médico. Eu sou a primeira que estou formando em medicina. Aí então assim, não tem experiência de outra pessoa falar assim: “ah, isso é assim, ou isso é”... Eu estou trilhando o meu caminho, e aí, assim, às vezes eu tenho muitas dúvidas e o estágio serviu, pelo menos pra mim, pra eu ter mais segurança e saber: posso trabalhar nisso! Tem essa porta, tem esse caminho ou tem um outro. Porque, pra mim tudo é novidade. Então eu estou trilhando esse caminho... (Clara)

Congruentes com o fragmento acima, outras falas dos professores apontam a intencionalidade do Internato Rural na Amazônia, e o encontro entre a possibilidade de praticar uma medicina digna no interior com as aspirações dos internos na sua inserção no mundo da medicina. Essa aproximação pode ser uma base mais sólida para que alguns considerem a hipótese de morar e trabalhar no interior.

Então eles se encantam também com a possibilidade de trabalho. Eles não vão pro interior só porque eles não têm alternativa de emprego em outro lugar, eles vão também porque eles perceberam, porque eles se deram conta, de que é possível trabalhar e atender à população como profissional e responder às suas expectativas aí em relação a profissão (Ivone - docente)

O Internato Rural também, ele tem um objetivo muito forte que é dizer pra eles que a saúde não se faz só dentro de grandes hospitais, dentro de ambulatórios de especialidades ou em grandes centros urbanos como Manaus. Que você pode fazer saúde em municípios do interior com boa remuneração, com suporte também da área da saúde, trabalhando de forma digna, e fazendo saúde não menos qualificada do que em Manaus. (Alfredo - docente)

Os estágios em áreas rurais ainda na graduação estão entre as três ações do âmbito da formação (seleção, graduação e pós-graduação) que reconhecidamente aumentam a chance de recrutamento e fixação de médicos nessas áreas (ROURKE et al., 2005). Este estudo não tem o poder nem o objetivo de demonstrar ou constatar tal fato, embora em muitas passagens das narrativas da maioria dos estudantes tenha havido menção a possibilidade de trabalhar no interior em algum momento da vida.

Alguns dos entrevistados consideraram fortemente a possibilidade de trabalhar no interior, destacando inclusive intenções em suas falas. Essas não representam uma certeza de que de fato alguém vá trabalhar no interior, mas a manifestação na narrativa já representa uma forma de ação, pois coloca no campo das possibilidades, agregando valor àquela opção. O estágio pode ser capaz de reorganizar os paradigmas dos itinerários formativos dos estudantes, trazendo novas perspectivas de inserção no mundo do trabalho.

Então é isso que eu vou fazer. Vou sair, pegar meu CRM, pegar meu diploma e trabalhar com a população, e trabalhar com o povo na Amazônia, com os ribeirinhos que é a galera que não tem acesso à médico, é uma região que precisa muito. Como eu já falei, a ideia de abandonar a terra agora e ser médico em outro lugar pra mim já está quase zerada, não penso mais tanto. Que dá pra gente fazer medicina de qualidade, dá pra gente ajudar as pessoas. Dá sim. (Angenor)

Eu realmente pretendo voltar para cá, porque aqui realmente oferece boas condições de trabalho. Eu conheço a cidade bem e olhando assim toda a estrutura do sistema de saúde da cidade eu gostei muito, muito mesmo do que eu vi. (Valter)

Independentemente de sua contribuição ou não para a interiorização, os internos deixam marcados em sua narrativa que a experiência do Internato Rural representou uma mudança. Uma mudança de ideias, de perspectivas, de interesses e de visão sobre o sistema de saúde...

[...] dá uma outra visão pra todo mundo do que é morar e trabalhar no interior. Então você quebra muitas ideias que você tem na sua cabeça. E muita gente diz assim... Um próprio acadêmico de medicina disse: “Poxa, aqui é tão bacana que eu me vejo formando e vindo para cá trabalhar”. (Beth)

Eu me vejo tranquilo naquele ambiente ali, trabalhando no ambiente rural, me vejo tranquilo, coisa que não vai ser... não é pra ser durante uma residência na capital, então eu aprendi somente a... apreciar sabe? A oportunidade de estar naquele contexto ali. Por mais que eu more aqui, passe uma boa parte do dia... então assim, mudou principalmente isso na minha perspectiva de vida. (Guilherme)

Quem nunca teve interesse em trabalhar no interior, esse estágio rural desperta o interesse. Eu nunca tinha pensado em trabalhar no interior, mas depois do estágio rural, do jeito que é, desperta o interesse realmente. A gente passa a ver com outros olhos. Já desperta um interesse de trabalhar no interior. Já fica pensando que vale a pena trabalhar aqui (Leci)

Eu nunca tive planos de vir pra o interior porque se era da capital tinha plano de ir pra fora, chegando aqui eu posso dizer que teve uma mudança grande, porque até então eu não tinha nenhum plano de vir para o interior trabalhar. (Angenor)

Eu não esperava tudo isso, não mesmo! Eu vim pra cá chorando. No entanto que agora eu já quero ficar aqui. Tanto pela qualidade de vida que você tem aqui. (Leci)

Para ser muito sincera, eu pensava assim: “Eu já vim do interior então eu não quero mais voltar para o interior. De lá eu já vim.”. Então para mim era como se fosse descer de nível. E no momento em que eu voltei e estou vivendo essa realidade, está mudando totalmente... Esse meu pensamento mudou totalmente. (Marisa)

Em seu conteúdo, as narrativas acima têm seu centro (núcleo de sentido) na palavra “mudança”, que pode ser uma apreciação no sentido de valorizar essa vida (achar que vale a pena), e que pode ser também de perspectiva de vida, num nível mais profundo de introspecção. Esses níveis crescentes de introspecção representam o grau de aprendizado do domínio afetivo, que está presente na medicina em todo momento, principalmente relacionado a atitudes. Pode-

se saber sobre algo (plano cognitivo), mas ao senti-lo pode-se criar juízo de valor (se relaciona com a vontade) e incorporar esse algo à nossa vida cotidiana.

Seguindo esse pensamento, o aprendizado sobre o mundo no Internato Rural, por ser uma experiência integral, de vida, convivência, trabalho e conhecimento, parece ocorrer de maneira privilegiada em seu domínio afetivo. Essa possibilidade pode estar relacionada com o desenvolvimento da vontade de viver e trabalhar no interior.

No último fragmento, há uma pista da concepção do trabalho no interior antes de conhecer e vivenciar seu cotidiano. A expressão “descer um nível” demonstra algo sobre o processo de valoração que o estudante constrói a partir de referenciais não reais sobre o lugar, que não levam em conta aquele “outro” que o mesmo encontra e se relaciona na localidade. Mostra também que para o campo da Medicina, o trabalho em áreas rurais na Atenção Primária representa uma posição hierarquicamente inferior ao trabalho no hospital, em uma especialidade focal da medicina. A experiência no Internato Rural pode desnaturalizar de alguma forma esse pensamento.

Os professores também reconhecem tal mudança ao conversar e observar os alunos antes e depois do Internato Rural. Essa mudança é referida como um “divisor de águas” do pensamento.

Então alguma coisa que sob meu ponto de vista é impactante para o aluno é que eles partem do princípio, e aí tanto um grupo quanto o outro, muitas vezes, de que a saúde no interior, nos municípios do interior do estado, o sistema de saúde... que tudo é sucateado, tudo é muito ruim, nada funciona, que os equipamentos são todos, sabe? Descuidado, e que não tem... Sabe? Que em grande parte faltam as coisas. Então, como é que eles vão aprender, como é que eles vão fazer. E isso é alguma coisa que muda na cabeça deles. Muitos deles dizem: “eu não sabia que na minha cidade,” para poder falar daqueles que são de lá, “que havia, por exemplo, um serviço odontológico tão bem equipado que quando eu cheguei lá eu encontrei.” (Ivone - docente)

Os municípios fazem muito melhor que Manaus, né, porque você tem Manaus como capital, que aqui se faz grandes coisas, mas não é. Tem município show de bola fazendo muita coisa boa aí, com destaque nacional, com atividades inovadoras, com práticas integrais, né... Seja através de Telessaúde, seja com as populações indígenas, utilizando a radiofonia, utilizando o que eles vêm lá. Tem equipes e gestões muito qualificadas no interior. (Alfredo - docente)

Uma coisa que eu noto quando os alunos voltam, ou que já passaram o Internato Rural, é que vem com uma outra visão. Ao mesmo tempo em que eles estão com comprometimento... Que assim, o Internato Rural ele acaba sendo divisor de águas. (Ismael - docente)

No primeiro fragmento, aparece de maneira importante a questão da concepção sobre o sistema de saúde, sendo este um dos aspectos mais presentes nas narrativas dos professores.

Não podia ser diferente numa “disciplina” que está no campo de ação da Saúde Coletiva, área à qual a maioria dos professores está ligada.

A questão da influência do Internato Rural, assim como do sistema de cotas, no recrutamento e da fixação de profissionais no interior do estado do Amazonas é um objeto de pesquisa muito interessante a se desenvolver no âmbito da UEA, que tem uma política clara de interiorização. Seria interessante observar a diferença entre os grupos com origem no interior e na capital, assim como relacionar essas condições a tempo ou experiências positivas de Internato Rural. Como dito anteriormente, o tipo de pesquisa realizada neste trabalho não permite nem pretende chegar a conclusão alguma sobre essa relação. As narrativas apontam possíveis caminhos, possíveis explicações sobre a questão. Nesse caso, os estudantes pensam na possibilidade de ir para o interior, reconhecem a intencionalidade de ações como o Internato Rural e consideram a política importante para reduzir as desigualdades entre capital e interior em seu estado.

Por outro lado, as prefeituras também “abrem os olhos” para os futuros (quase) médicos que estão trabalhando em seu município. O fato de o Internato Rural representar um dos últimos estágios do curso de Medicina torna presente a perspectiva empregatícia em ambas as partes, sendo por isso considerada estratégica pelas prefeituras, que às vezes se empenham em mostrar “o que tem de bom no interior”. Segundo as narrativas, o Internato Rural passa a ser também uma “vitrine de empregos” para os médicos e para as cidades do interior.

[...] colegas que acabaram de ser formar e já receberam a proposta da mesma prefeitura que aceitou no Internato Rural. “Você trabalhou aqui, foi muito bem elogiado pela população, então nada mais justo do que eu te contratar. É melhor eu te contratar que você já conhece a cidade, já conhece os problemas daqui, já interage com a cultura regional, do que contratar uma outra pessoa.”. Então facilita também a atração pelos interiores. (Antônio)

O estágio rural nos propõe a sair da nossa cidade e ir para o interior não só mostra a realidade, mas também o interior, ele quer nos mostrar o que tem de bom no interior, justamente pra poder nos puxar pro interior. (Almir)

O Internato Rural vem com a possibilidade de nos mostrar o que é o interior de verdade, nos mostrar o que o interior tem de bom pra nos oferecer e nos mostrar que é uma população totalmente aberta para a gente e que a gente pode oferecer o melhor pra ela (Almir)

Em alguns fragmentos, como os que se seguem, o Internato Rural é encarado como parte mesmo de uma política de formação que visa à interiorização, ao mesmo tempo que já inferem os resultados dessa política:

Na nossa universidade é muito forte a questão de pegar gente da terra, qualificar elas e essas pessoas voltarem pra terra, que é aonde precisa muito. (Angenor)

[...] temos cada vez mais a ocupação de postos de trabalho no interior do estado por profissionais formados nessa escola (Ivone - docente)

As ideias arendtianas de *amor mundi* e de renovação do mundo estão presentes quando se aborda neste trabalho a questão da possibilidade da ida (ou volta) para o interior. Pode-se considerar também que essa renovação, por acontecer em si próprio (no caso o interno), tem a possibilidade afetar o mundo. A experiência do Internato Rural nos diz que a construção de uma nova visão de interior entre os futuros médicos pode contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços do próprio interior, numa renovação que apenas a ação no espaço público é capaz de operar. A ação, nas palavras e nos gestos (*quem*), aqui é mais importante que o que eles têm em sua posse ou formação. Suas atitudes é que determinam sua posição na sociedade e essa ação, por ser nova, pertencente, é capaz de conduzir a essa renovação do mundo:

[...] no final eu me vi morando lá (Beth)

Por mim eu já ficava era por aqui. (Leci)

A construção de um mundo novo que se apresenta no itinerário formativo do estudante que experiência o Internato Rural, além de afetar sua visão sobre o interior, pode também influenciar em sua visão sobre a profissão e também sobre o próprio mundo, bem como ajudar a entender ou reconhecer a visão de mundo dos outros.

Nesse período, os mesmos têm momento privilegiado para refletir sobre seu futuro na profissão, se trabalharão na capital ou interior, se vão para a área militar, se vão fazer alguma especialização e em qual área da Medicina ou se vão para fora da região em busca de outras oportunidades de formação. Pelas narrativas, parece que a experiência contribui de certa forma para a escolha de áreas ou especialidades mais ligadas à realidade de vida das pessoas, como a Saúde Coletiva ou a Medicina de Família e Comunidade, ou pelo menos com a diminuição do preconceito em relação a essas áreas. Como aventado anteriormente, talvez essa experiência possa ajudar a diminuir a hierarquia de valor entre especialidades médicas ou áreas e locais de atuação:

Eu estou gostando tanto que estou pensando até em trabalhar em saúde coletiva futuramente (Aracy)

Eu não tenho vergonha de dizer, eu fiz medicina pensando em fazer cirurgia plástica, pensando em ganhar dinheiro. E, por algum motivo, né? Por algum motivo acabei entrando em contato pontualmente com alguns pacientes que foram me tocando de uma forma diferente com a sua história, com a sua verdade de vida foram de me tocando de alguma forma e foram me direcionando para esse tipo de prática médica, que é a Medicina de Família. (Noel)

Antes de chegar no Internato Rural, a minha idéia era alta complexidade, capital, uma perspectiva bastante urbana, e hoje não, hoje eu não vejo com preconceito essa situação, como é a tendência da maioria dos estudantes de medicina, né, ter preconceito com a Atenção Básica e com medicina no interior. (Guilherme)

Embora tenham alguns estudantes que até possam optar depois do Internato Rural em seguir essas especialidades, essa lógica está longe de ser linear, sendo a escolha certamente influenciada por outros aspectos da prática médica e de questões e experiências outras com que o estudante se depara ao longo de seu itinerário formativo.

Os fragmentos a seguir deixam transparecer que talvez não sejam os aspectos das especialidades em si os motivadores, mas o contexto parece ser um diferencial nessas possibilidades:

E não esperava que eu fosse realmente mudar. Tanto que as pessoas que me conhecem sabem sempre que eu penso ir embora, já tive oportunidade de ir morar em outros países, já morei em lugar onde a medicina de família realmente funciona, essa atenção preventiva realmente funciona e eu fiquei encantado eu digo: “É pra lá que eu vou.” E hoje eu penso diferente, eu digo: “Não, é aqui que eu tenho que ficar pra tentar chegar lá, pra tentar mudar uma gotinha que seja no mar, alguma coisa já vai fazer diferença na vida de muitas pessoas.” (Angenor)

Lá em Manaus eu achava assim: “Ah não... não gosto de ambulatório”. Eu dizia... Ai meu Deus, não suporto ambulatório, não suporto enfermaria. Aí eu dizia: “ai, meu Deus, que é que eu vou ser como médica? Eu não gosto de nada!” Entendeu? Mas aqui não. Eu vi que eu gosto. Eu não gostava de saúde comunitária, eu não gostava de fazer saúde da família. Não gostava. Quando eu paguei saúde comunitária, meu Deus do céu... foi a pior matéria. Mas aqui eu vejo que eu falei: “eu acho que eu gosto é disso, sabe?” É aquele atendimento, aquele acolhimento, sabe? Eu gostei disso. Mudou, sabe, o jeito de pensar, o jeito de ser, mudou muito, sabe... eu vi aqui. (Alcione)

Eu achei que a medicina se tornou muito mais interessante para mim, muito mais quando eu vim para cá, por incrível que pareça. (Marisa)

Quando o interno diz que “é aqui que eu tenho que ficar” com a intenção de “mudar uma gotinha no mar”, expressa de alguma forma seu *amor mundi*, que pode levar à mudança em seu itinerário. Nas duas outras narrativas, a ideia que fica é que a medicina se tornou mais atrativa a partir dessa experiência, onde o contexto parece ter papel importante. Não só o contexto do local, mas também deve estar envolvido o momento em que essa experiência aconteceu ao longo do curso, em que há proximidade com a formatura, o fato de ter mais autonomia para organizar suas atividades, e outros aspectos dessa etapa de seu itinerário.

A mudança na perspectiva da inserção profissional com a contribuição do Internato Rural é exemplificada também na fala de alguns professores que participaram da experiência também enquanto alunos. A vivência deles pode ter até influenciado no itinerário que os levaram a serem professores desse internato.

A minha diferença foi assim, é... de eu ter, por exemplo, voltado a trabalhar no alto Solimões depois que me formei. Fui trabalhar com indígenas, fiquei um ano lá por conta do Internato Rural, de ter mudado de especialidade... Eu era louco por clínica médica, vivia em hospital fazendo a parte clínica... e fazer, ser sanitarista, né? (Alfredo - docente)

Tanto que eu até repeti depois. No momento do alistamento do serviço militar obrigatório eu o optei pela marinha para conhecer mais as atividades com os ribeirinhos e os indígenas em alguns momentos. (Ismael - docente)

O processo de inserção na realidade do interior da Amazônia, que chamamos Mundo, num cenário de sensibilização e aprendizado, faz reacender a esperança de sua renovação através desses novos atores da área da Medicina, que tiveram oportunidade de viver essa experiência. Uma renovação que não se restringe ao cenário, pois a ideia de mundo assim não se limita, mas alcança o exercício da medicina. A esperança está também na ampliação do olhar sobre o adoecimento, onde esse mundo seja considerado não como apêndice da compreensão desse processo, mas como seu constituinte, num olhar que não seja feito de fronteiras bem delimitadas, mas que essas possam ser fluidas. E que a visão do outro com quem se relaciona através de palavras e gestos seja tão importante quanto a visão que construiu no estudo da biomedicina.

Dentro dessa ideia de renovação, as narrativas expressam a ampliação da visão de mundo, onde os valores e a perspectiva de vida dos outros é reconhecida. Talvez esses fragmentos abaixo resumam toda essa noção de renovação a partir da apresentação ao mundo, com um olhar especial para a prática médica. Os dois primeiros abaixo reforçam a ideia de desvelamento, de descoberta. E a partir disso da construção de uma nova visão.

Excelente, brilhante, outra visão de mundo, amadurecimento também. Foi muito válido, depois do Internato Rural é outra coisa. Não tem o que comparar. (Teresa)

Tem tanta gente que faz intercâmbio, que vai pra os EUA, Canadá, China, Rússia, Inglaterra, sendo que a pessoa pode passar seis meses em um interiorzão desse do Brasil e descobrir um outro país dentro do país que mora e ele não sabe. (João)

A prática médica no Brasil tem como referência científica a medicina ocidental, cujo epicentro está atualmente nos Estados Unidos. É lá que estão as revistas científicas mais consideradas e vêm de lá a maioria das decisões de conduta, os novos fármacos, as recomendações e formas de interpretação diagnósticas. Esse arcabouço científico é que é

ensinado nos cursos de Medicina do país, mas nem sempre são aplicáveis ao mundo em que vivemos. No fragmento acima, o interno reconhece que nesse itinerário formativo muitas vezes não temos a oportunidade de conhecer e interagir verdadeiramente com a realidade de vida do país, que no interior da Amazônia, ganha ares de “um país desconhecido” por seus próprios habitantes. E também pelos médicos, que em sua maioria permanecem limitados à realidade dos hospitais, em seu próprio mundo, onde se sentem confortáveis. O problema é que os médicos atendem, solicitam exames, prescrevem medicamento e dão recomendações de vida para as pessoas que habitam *esse* mundo.

O hospital é um mundo muito pequeno, e é um mundo onde parece assim, que tudo você só consegue resolver dentro do hospital... você vai resolver com medicamento, com cirurgia... então tudo é relativamente fácil de resolver. Ali o médico é o Deus, vamos dizer, ele tem ali os instrumentos para resolver o problema daquele paciente daqui do hospital. O que aconteceu com o paciente antes, o que aconteceu com o paciente a partir do momento que ele sai do hospital, o médico não tem essa visão quando ele é formado dentro do hospital. (Elza - docente)

A visão que adquirem ao longo do Internato Rural parece contribuir para a ampliação desse mundo pequeno do hospital. E mesmo atuando neste, ou no consultório, eles vão lidar com os “diferentes mundos” das pessoas e podem aprender a valorizar essa forma de ver as coisas que têm os pacientes do interior. Essa perspectiva também é manifestada nos fragmentos a seguir, em que eles reconhecem e dão valor ao outro modo de pensar e viver a vida:

Então de experiência pessoal foi isso. Ver que os valores que pra você são uma coisa e que pra determinadas pessoas, dependendo de onde elas moram, é totalmente diferente. (Teresa)

A gente da cidade sempre pensa que o pessoal do interior tem uma visão limitada e nós, como estamos na capital e temos contato com várias coisas, somos os conhecedores do mundo. Ai a gente chega aqui e se torna até o inverso. A gente percebe que a gente é que é limitado de visão. E a visão deles é bem diferente da nossa. [...] E aqui você que é limitado, porque a visão de mundo deles por mais simples que seja, você nunca conheceu. Agora eu entendi porque eles não querem sair daqui. Eles estão muito bem, obrigado. Mortos de feliz. [...] Talvez a gente que tenha a visão limitada de mundo, porque eles conseguem tirar o prazer do dia a dia, das pequenas coisas. E a gente esquece das pequenas coisas. Sendo que pra eles, uma tarde com chuvinha, estar na rede deitado olhando o rio, isso é prazer. (João)

Diante dessa consciência, os professores também marcam as possíveis mudanças que ocorrem na maneira de pensar e viver no mundo, nem que seja a partir do seu reconhecimento.

Mas eu acredito assim, que muda, alguma coisa deve mudar dentro de um aluno de medicina que sai daqui, que vai para Benjamim Constant, ou que vai pra Santa Isabel, ou que vai pra qualquer município do interior, alguma coisa deve mudar na

forma como ele vê as coisas. E eu acho que isso já é um adiantamento, já é um ponto positivo do Internato Rural. (Clementina - docente)

“Vou ao Estágio Rural porque tem que ir.”. E já na primeira semana quando nós temos contato com esses alunos, antes mesmo de ir para o município, eu já percebia assim, que pra ele ir pra o Estágio Rural seria uma experiência pesada, difícil. “Bom, só vou porque tenho que ir mesmo.”[...] quando eu lá retornei eu já percebia sinais que aquele aluno já tinha outra postura em relação ao enfrentamento daquela realidade que inicialmente pra ele era muito difícil. [...]sob minha percepção eu diria assim, aquele aluno ele tinha nojo das pessoas, pra não dizer que ele tinha muita dificuldade pra lidar com aquele ambiente que era desumano mesmo... [...] Então eu percebi que era diferente, e quanto mais o tempo passou, e passados então os dois meses, o resultado foi – e aí eu vou falar da minha percepção em relação ao aluno. Talvez isso não tenha sido tão expressivo pra ele próprio, mas pra mim foi muito expressivo, porque eu defini assim, o *Geraldo* que saiu não é o *Geraldo* [nome fictício] que chegou aqui. Aquele aluno que inicialmente não se aproximava, que resistia... Ao final na última semana também eu tive a oportunidade de estar com ele, ele era uma pessoa interativa com a comunidade, ele se relacionava, ele participava... (Ivone - docente)

Embora as falas sejam muito marcantes sobre a mudança de visão sobre o mundo do interior, sobre a profissão e, por que não, sobre a vida, não se deve assumir aqui, numa posição talvez ingênua, de que essas mudanças tenham uma intensidade suficiente para mudar instantaneamente modos de praticar a medicina. Essa ainda é fortemente ancorada num paradigma mecanicista, que não tem como ênfase a pessoa doente, mas simplesmente a doença em si. Nem que essas possíveis mudanças de pensamento e prática sejam exclusivamente construídas durante a vivência no Internato Rural. Mas, sim, reconhecer que a experiência pode trazer novos horizontes e novas perspectivas pela inserção num diferente cenário, que para a Amazônia é caro, tanto pela simbologia que tem, quanto pelas dificuldades que essa população realmente enfrenta, e o contato com outra visão de mundo e das práticas em saúde. Muitos que fazem Medicina na Amazônia não conhecem esse mundo. E como podem passar pelo curso sem conhecer? O Internato Rural proporciona esse contato. Nesse processo inicialmente difícil de encarar o mundo, o sentimento de pertença pode aflorar. Muitos se encantam, muitos se afetam e muitos se deixam mudar, num processo de renovação de si, que pode ser capaz de renovar o mundo.

2.2 Os saberes e práticas como fronteira

2.2.1 “A última peça do quebra-cabeça”: a manifestação da integralidade nos saberes e práticas locais

As experiências no interior da Amazônia podem contribuir para a integralidade em saúde, na medida em que proporcionam um deslocamento na visão de mundo a partir de maior visibilidade da população ribeirinha e reconhecimento de seus saberes e práticas, havendo a possibilidade de reconciliação do futuro médico com esse mundo. Uma maior autonomia sobre a sua prática no contexto da Atenção Primária do interior da Amazônia faz com que os estudantes tenham contato não com as doenças apenas, mas com as pessoas em seu local de moradia e com os problemas de saúde no lócus e na situação de sua gênese.

Os estágios em especialidades focais da Medicina, realizados predominantemente no hospital, não são capazes de instrumentalizar os futuros médicos para lidar com a complexidade desses problemas. Os estudantes deixam transparecer esse fato quando se referem à tentativa de juntar os fragmentos de seu itinerário formativo, na necessidade que sentem de reconhecer e valorizar aspectos da vida da pessoa para o processo de adoecimento e na diferença que faz o contato com outros profissionais e trabalho em equipe. Essas questões revelam a potencialidade do Internato Rural como ação formativa que proporciona reflexão sobre a prática, capaz de inserir os estudantes na zona de fronteira da mudança de paradigma, abrindo a possibilidade para o diálogo entre culturas e a emergência do novo no pensamento e na prática médica.

Tanto a prática como a formação médica na atualidade tem sua orientação no paradigma biomédico, que é reflexo da “moderna concepção de mundo” no campo das ciências (ALVES NETO, 2009) e mais especificamente da medicina. A concepção cartesiana de conhecer as partes para entender o todo se refletiu de forma clara na medicina, levando a profissão à superespecialização a ponto de existirem atualmente especialidades dentro de especialidades.

No Brasil são reconhecidas 53 especialidades médicas no momento atual pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2013). Nas faculdades de Medicina, principalmente aquelas com um modelo tradicional de formação, essas especialidades constituem disciplinas que operam quase sempre de maneira autônoma e autocentrada, numa espécie de “proteção” (ou reserva) ao conhecimento produzido e aplicado, criando um campo de legitimação próprio formado pelos modelos de titulação e reconhecimento como especialista.

Como explicitado no item 1.2, a educação médica tem passado por transformações, e estas têm sua principal motivação no reconhecimento da insuficiência desse modelo de formação para atender às necessidades da população. Nessa perspectiva, vêm sendo implantados nas últimas décadas no Brasil novos desenhos curriculares que procuram integrar conhecimentos e trabalhar em torno de situações reais da prática médica, como é o caso do modelo PBL (MITRE et al., 2008; MARIN et al., 2010). Ainda assim, convivemos com modelos de formação que privilegiam os grupos que supostamente detêm o conhecimento em cada área e que conduzem a uma especialização precoce, ainda no âmbito da graduação.

Nesta pesquisa, ao entrevistar os alunos, principalmente aqueles que vivem um modelo disciplinar de desenho curricular, há o reconhecimento de que a formação médica é voltada para a especialidade e que o Internato Rural é um momento importante para a reflexão crítica sobre as limitações dessa abordagem de formação, e também uma boa oportunidade para o exercício da integralização do conhecimento. Foi muito utilizada nas narrativas, por diversos estudantes, a metáfora do “quebra-cabeça” para exemplificar o que significa o itinerário formativo tradicional:

A faculdade é um quebra cabeça e no Internato Rural eu estou começando a perceber muito mais esse quebra cabeça se unindo, se encaixando. (Marisa)

Num currículo tradicional, disciplinar, ao longo dos anos de graduação é como se o aluno vivenciasse vários minicursos de especialidades, com poucos momentos de integração de conteúdos e práticas. Ao final desse processo, cabe ao aluno o exercício de integralização do conhecimento, formando uma espécie de colcha de retalhos de saberes e práticas. A partir das narrativas, no Internato Rural já ocorre esse processo, com a verificação das limitações do cartesianismo para as ações cotidianas.

Em apenas uma manhã a gente viu pacientes de todas as clínicas praticamente. E com os seus variados graus de doença, do mais controlado, do mais leve, até o mais compensado. Isso é uma massagem na cabeça do exercício clínico mesmo, é muito louco assim, porque a gente foi acostumado durante a faculdade toda a ver o paciente compartimentado, chegou aqui a gente tem que juntar tudo. (Valter)

[...] tem vários quebras cabeças e a gente passa por várias áreas, clínica, cirurgia, e talvez o Internato Rural seja a última peça do quebra cabeça pra que contribua pra formação do médico generalista ao sair da faculdade, tendo uma formação de um pouco de cada área que ele passa durante o internato. (Jorge)

É curioso como o estudante se refere a essa dificuldade de atuar num contexto onde problemas complexos, onde o conhecimento de várias áreas é necessário, tendo o mesmo sempre vivenciado situações onde o que importava era um recorte do conhecimento, como

nas enfermarias e ambulatórios de especialidades. A “massagem na cabeça do exercício clínico” parece se referir a esse esforço que o estudante faz para pensar de maneira diferente quando os problemas aparecem no contexto de vida do paciente, exigindo uma mudança da maneira de pensar. Trata-se de uma aproximação com a fronteira dos saberes e práticas, da qual sempre se manteve distante e “protegido” pelo corpo de conhecimento das especialidades.

O interessante é que as narrativas evidenciam que esse “juntar tudo” não se refere somente às especialidades, mas também às dimensões do ser humano. Questões que naquele contexto se colocam como determinantes, tanto do processo de adoecimento quanto dos desdobramentos da consulta, são valorizadas para o bom exercício da medicina.

[...] da gente juntar tudo. O que era muito separado na nossa vida, agora está tudo junto. De conhecer o paciente como um todo. O paciente que fala diferente, que tem cultura diferente e que a gente tem que lidar com essas pessoas. E de alguma forma tem que levar saúde pra todo mundo. (Iranette)

A gente trabalha muito com especialidades, e quando chega aqui a gente tem contato mesmo com as pessoas locais e assim vê que aquela necessidade. Assim, na faculdade a gente fragmenta muito tudo, né? Aí aqui não, a gente tem a oportunidade de juntar tudo, o pensamento, a doença, o ele estar aqui... (Nei)

Nas duas narrativas acima, as palavras nos mostram a importância do cenário do interior. A primeira é o “conhecer”, que não é só olhar, mas uma dimensão mais profunda que remete ao vínculo que o fato de estar inserido no contexto possibilita, e também a “necessidade” que se impõe aos olhos quando se tem a oportunidade de vivenciar a realidade de vida do paciente. Mais uma vez, não trata aqui “hipertrofiar” a importância do cenário na construção de uma visão mais integral, sendo essencial a reflexão sobre a vivência, sob pena de constituir apenas mais um “entrave” para um suposto “bom exercício” da medicina, sob parâmetros puramente cientificistas. Não obstante, a oportunidade de “estar ali” pode ser um fator a mais que contribui para essa construção ou processo de valoração. Blank (2006), em sua metáfora das artes cênicas, alerta que o ensaio da prática médica não é realizada geralmente no cenário em que o espetáculo principal acontece, advogando em favor de estágios na Atenção Primária ao longo da graduação em Medicina. O interior se apresenta aí como uma possibilidade a mais de atuação.

No currículo PBL já há outra perspectiva, já que não é constituído por disciplinas mas por módulos integrados cujos conteúdos são abordados a partir de problemas. Na análise das narrativas, essa forma de organização curricular parece diminuir essa ruptura de organização tipo quebra-cabeça que acontece no Internato Rural ou ao término do curso médico.

No começo isso foi muito abstrato, mas eu acho que até pela minha entrevista dá pra notar que isso tem aplicação, né, real, na perspectiva e no teu foco durante o trabalho. Então eu acho, do ponto de vista da formação biopsicossocial, foi cumprido completamente o papel. Eu acho, eu me vejo como um profissional que valoriza bastante esses aspectos aí. (Guilherme)

No Internato Rural, com a proximidade de se tornar médico e a vivência da Atenção Primária no próprio contexto de vida das pessoas, parece que essa visão mais holística que é trabalhada nos módulos de PBL desde o início de curso se materializa.

Isso foi muito batido assim no nosso curso, essa proposta na verdade do PBL, é meio como você ver o paciente como um ser biopsicossocial, como ser completo... Assim, um paciente completo, não só como uma doença. Mas só que acho que durante esse tempo todo da faculdade você vê isso, mas não vê na prática. Então no nosso caso aqui ele tem abordado bastante isso. (Jovelina)

Nesse caminho da construção de uma visão mais integral, transpareceu em algumas narrativas a questão da psicossomática e seu envolvimento nos processos de adoecimento. Esse fato pode ter influência da prática do preceptor local, que dava especial valor a esse aspecto e tinha a habilidade de relacioná-los às queixas das pessoas. De fato em um dos locais visitados o médico tinha um olhar especial para essas questões, mas as experiências prévias dos alunos, no currículo ou fora dele, o interesse do estudante ou até mesmo o contexto local podem ter influência.

[...] é muito fácil entender e tratar tipo paciente que tem uma dor objetiva, mas difícil é entender o valor dessa dor por trás disso. Porque, como eu falei, né... na maioria dos pacientes que chega na Atenção Básica, o componente psicossocial da queixa é gigante (Guilherme)

Porque o que eu vejo muito, o que estou vendo bastante é que os pacientes têm muito esse lado de... não é só: “Ai, eu não estou só com uma dor de cabeça.” “Não estou só vomitando.”, mas tem sempre algum fundo emocional, algum problema que ele está passando. Então de você chegar com o paciente, não só medicar ele pra aquilo que ele está sentindo naquele momento, mas ele como um todo. E isso pra mim está fazendo toda diferença. (Jovelina)

O que o paciente está sentindo... a gente pode descobrir através de fatores externos como a rotina. Se eu perguntar: “Como está essa dor?” “Ah, essa dor piora com que movimento?” “Ah, não sei dizer.”. “Mas você consegue trabalhar, você consegue varrer a casa?” “Ah, não, não consigo varrer.”. Então eu já começo a perceber que tem a ver com origem muscular, ou então às vezes é algum sintoma relacionado a algum problema emocional. (Jorge)

Como já observado no capítulo anterior, um aspecto interessante observado no fragmento acima é que os fatores familiares, sociais, ou culturais são referidos pelo estudante como “externos” à pessoa, o que deixa transparecer que os fatores internos são apenas os de origem biológica. O externo, nesse caso, é o relativo à vida da pessoa, sendo o interno

relacionado com o metabolismo e homeostase do corpo. Este exemplo aponta que nossa maneira de pensar, mesmo fazendo o exercício de integralizar os conceitos, tende a dicotomizar os fenômenos, reproduzindo de certa forma a racionalidade científica moderna (LUZ, 2004a).

Essa dificuldade também aparece no fragmento abaixo, em que, embora a narrativa do interno revele sua intenção em considerar as questões de vida do paciente, ele ainda “reparte” essas dimensões como se houvesse uma divisão clara entre elas.

Eu vou ter uma visão maior quando for atender um paciente e tentar entrar na parte social dele, na parte econômica, na parte psicológica dele, porque eu acho que... Claro, vai tratar o paciente, vai cuidar do paciente... Se você não pegar essa parte como ele vive, o que ele come, como é a situação dele dentro da comunidade ou dentro da própria casa dele pra tentar tratá-lo. E que aquele tratamento tenha resultado. (Pedro)

Embora por vezes marcadas por um pensamento cartesiano, as reflexões efetuadas ao longo das narrativas dos internos explicitam noções que podem ser consideradas como fundantes de um paradigma integral, baseado na complexidade dos fenômenos. A noção de *pessoa* aparece em algumas narrativas como no fragmento abaixo, trazendo o adoecimento do estritamente biológico, do “interno” (interior) para o campo das relações, e nestas a família tem lugar privilegiado.

A medicina não é especialidade, não é coração ou cérebro, não é o que ele está sentindo. É a pessoa. O que deixa a pessoa doente, por que está doente, é o fator patológico somente ou tem algum fator social, psicológico, problema familiar. (Iranette)

“Pergunte como está sendo a relação dela com o esposo dela.”. Eu não me toquei para isso sabe. Aí o tenente falou. Eu fui conversar com ela, nossa ele maltratava ela, sabe? Espancava ela, batia nela. (Alcione)

Ainda na atualidade, mesmo com várias evidências das limitações do enfoque estritamente biomédico, são muito poucos os momentos no currículo de Medicina em que se tem a oportunidade de refletir sobre o que há por trás das queixas. Questões como violência doméstica, opressão no trabalho, crise conjugal, filhos usando drogas na adolescência e outros problemas, simplesmente não aparecem nos momentos de consulta e atenção médica que o estudante vivencia nas diversas especialidades, e são importantes fatores estressores envolvidos nos processos de adoecimento. Anderson e Rodrigues (2013) ressaltam que pelo menos 60% das consultas médicas estão relacionadas aos eventos estressantes da vida, e 10 dos 15 eventos considerados mais estressantes em escalas utilizadas são relacionados à

família, o que dá uma idéia da importância de se considerar esses aspectos no cotidiano das práticas.

Cenários distintos como os estágios em Atenção Primária e o Internato Rural, além do contato com preceptores com formação mais integral são importantes para que questões como estas se desvelem por trás de queixas como cefaleia, dispepsia, vertigem, constipação e outros sintomas relacionados, e que estão entre os mais comuns observados na prática médica. Estes geralmente são medicalizados, respectivamente, como cefaleia tensional, dispepsia funcional, vertigem posicional paroxística benigna e constipação crônica, sendo tratados apenas com sintomáticos.

Alguns se referem à questão de ter outro pensamento e atitude, distinta desta, considerando a complexidade dos problemas de saúde, o que sempre envolve o cotidiano da vida do paciente, e acreditando no poder do vínculo no tratamento das pessoas, se referindo à prática da “medicina como arte”.

No primeiro momento, assim, como você tá ali preso nesse paradigma, né, biomédico, por anos, tipo seis anos, então tu chegas lá relutante... na verdade intolerante. E na verdade, com o tempo, vais aprendendo... nessa linha aí da medicina ser uma arte também... (Guilherme)

A arte pode representar, neste caso, uma alusão a medicina hipocrática da antiguidade, relacionada tanto ao diagnóstico quanto a terapêutica (DINIZ, 2006), ou numa leitura mais contemporânea, como toda a ação que está fora do escopo da biomedicina. Pode representar desde a consciência da simbologia da medicina para as pessoas, até assumir atitudes que facilitam o vínculo, que pode ser um diferencial na questão da “adesão”⁵⁸ ao tratamento de uma condição crônica. O desafio é que essa “arte” não seja vista como algo *de fora*, algo exterior que pode qualificar a prática médica, mas algo intrínseco, próprio de uma maneira de pensar e agir na profissão.

As manifestações de ambiguidade observadas nas narrativas são próprias do momento de transição em que vivemos (fronteira), de uma prática e formação médicas balizadas no modelo biomédico, para o que Lampert (2001) chama de *paradigma da integralidade*. Nessa *fronteira*, reconhecemos que um pensamento linear mecanicista não é capaz de explicar a realidade; ao mesmo tempo, o exercício de pensar diferente não constitui tarefa fácil, pois a medicina ainda está imersa no cientificismo da modernidade. Trata-se então de um processo

⁵⁸ O termo *adesão* se encontra aqui entre aspas porque, apesar de ser amplamente utilizado, ele remete a algo proposto (ou imposto) por um dos atores (o médico) e que o outro adere ou não por livre escolha. Quando as propostas terapêuticas são decididas em conjunto há uma corresponsabilidade no seu cumprimento, mudando a configuração da relação dos atores com a proposta em si e relativizando o sentido do termo. Nesse caso não seria mais a adesão de um à proposta do outro, mas dele a sua própria proposta, negociada e decidida conjuntamente.

longo de construção de uma nova perspectiva de pensamento, onde não é nenhum demérito dicotomizar ou dividir os fenômenos, mas onde o “lidar com o mundo” nos exige mais do que isso. Exige-nos a capacidade de pensar criticamente e refletir sobre nossos valores e atitudes diante de um outro que se “amostra” (pluralidade), que cada vez mais “se torna pessoa”, que cada vez mais nos coloca em uma perspectiva relacional.

O pensamento crítico pode ser capaz de transformar um itinerário de reprodução de saberes e práticas estritamente biomédicos, para uma visão complexa do mundo e do conhecimento.

Mas a gente pode também se tornar mecanicista, eu posso ser só técnico e fazer algumas coisas, e não fazer reflexões sobre essas coisas que eu estou fazendo. Eu posso só reproduzir conhecimento, eu tenho uma determinada doença que eu consigo identificar, e eu já sei que tem um protocolo, qual vai ser a conduta dessa doença, eu vou estar meramente só pegando e reproduzindo esse conhecimento... Eu não vou estar refletindo sobre esse conhecimento, e essa questão de viver a doença na sociedade me exige isso, me exige de fazer reflexões continuamente. E inevitavelmente, se eu faço reflexões sobre o meu paciente, sobre a doença do meu paciente no contexto que ele vive, inevitavelmente eu faço questões também sobre a minha prática médica e eu acabo fazendo as reflexões sobre quem eu estou me transformando como pessoa, então acaba que realmente assim, esse contato com a comunidade ele me amadureceu mais enquanto pessoa. (Noel)

Essa passagem da narrativa do interno é bastante importante para este trabalho, pois conecta o processo crítico-reflexivo na prática médica à não reprodução de um conhecimento em qualquer realidade, em qualquer pessoa, como se essa prática pudesse ser uniforme numa sociedade que é plural. Ao narrar, o interno reflete, dialoga com si mesmo, e ao narrar, passa então para a ação. Essa narra-ação que assume o amadurecimento ao longo de seu contato com a comunidade, que retratou a oportunidade de viver um o processo reflexivo sobre o paciente, o adoecimento, a prática médica e a vida. Nessa fala se estabelece novamente a conexão entre as fronteiras de *mundo, saberes e práticas e responsabilidade*, que constitui o amálgama do que representou a narrativa dos estudantes sobre o objeto desta pesquisa, que é o Internato Rural na Amazônia.

A fala de professores costuma relacionar bastante com o sistema de saúde e com os serviços. Eles ressaltam a importância do contexto, tanto do hospital, para uma visão mais centrada na doença, quanto na comunidade (ou área rural), para uma visão mais ampliada. No primeiro fragmento, a professora se preocupa bastante com o tempo em que, após anos de Interação Comunitária (módulo do currículo PBL),⁵⁹ os estudantes passam um tempo no

⁵⁹ No currículo da UEPA, os alunos tem um módulo chamado de Interação Comunitária, em que os alunos fazem estágios em comunidades e Unidades de Saúde da Família da periferia da cidade. Este módulo vai do primeiro ao quarto ano, quando se iniciam os rodízios pelas grandes áreas no internato.

hospital em especialidades focais e aquele trabalho de mudança de paradigma poderia se perder. No segundo, ela traz a dimensão do pensamento e de sua importância para a responsabilidade...

Aí quando chega no internato o que o cara faz? Ele vai para dentro do hospital, entendeu? Vai para dentro... Isso é uma crítica minha pessoal... Eu nunca coloquei, mas é uma visão minha pessoal. Ele vai para dentro do hospital e o que acontece lá? Ele vê o colega que é médico exclusivamente do hospital, que não atua na rede básica em termos de ambulatório, só atua no hospital, cirurgião, etc. Enfim... E cuja visão dele é o indivíduo doente. A minha visão é o homem doente, eu vejo a doença desse indivíduo que está internado aqui que eu tenho que solucionar. Que é super importante... não estou dizendo que é de menor importância. Porém, eu pego todo aquele trabalho que eu tive de dizer que eu preciso ter o homem no seu ambiente, todas as influências biopsicossociais e ambientais e eu boto aonde ela? Eu minimizo demais ela, ela perde completamente a importância. (Carmem - docente)

Acho que isso dá uma visão para ele, uma visão diferente, uma visão que não é limitada só ao que ocorre dentro de um hospital. Eu acho que é uma visão muito mais ampliada, e principalmente, eu acho que é ter sensibilidade para perceber... Eu acho que isso também contribui, por exemplo, para eles pensarem alguma coisa que eu acho interessante, que é: o que eu posso contribuir para mudar? (Carmem - docente)

A divisão aí entre o hospital e a comunidade é outra questão que precisa ser superada, pois um tipo de pensamento não deve ser aplicável especificamente a um contexto. Assim como na comunidade, no hospital também devemos valorizar e buscar a compreensão do contexto de vida do paciente, e como esse influencia seu processo de adoecimento e sua capacidade de seguir as prescrições e orientações médicas; ou idealmente, o projeto em que médico e paciente construíram juntos.

Assim como em outras passagens dos resultados dessa pesquisa, o sujeito, no caso a professora, relaciona o contexto à possibilidade de pensar. E esse pensar está ligado a uma ação. Pensamento e ação estão conectados na concepção de Hannah Arendt, para quem essas faculdades constituem condições nobres da vida humana, que estão no centro da opção pela responsabilidade para com o mundo. A passagem “O que eu posso contribuir para mudar?” significa a manifestação da própria natalidade, da possibilidade da renovação (ARENDR, 2009; ALMEIDA, 2011), que advém de uma análise crítica da realidade e do mundo em que vivemos. Temos o privilégio de transitar (estudantes e professores) atualmente pela fronteira de saberes e das práticas em saúde, participando, mesmo nas nossas ambiguidades, dessas nossas idas e vindas, da construção do novo, da renovação do mundo, que só se torna possível quando nos responsabilizamos. Quando fazemos a nós mesmos essa pergunta: o que eu posso contribuir para mudar?

A predominância do hospital como cenário de prática e aprendizado da medicina, onde se constitui o processo de trabalho baseado na verticalidade e na hierarquia das ações, associada à conotação de verdade absoluta atribuída à ciência biomédica, leva a uma suposta autossuficiência do médico no trabalho em saúde (TESSER, 2009). Essa perspectiva é reforçada pela relativa ênfase ao caráter liberal da profissão, que tem forte apelo da ótica de mercado das relações de oferta e demanda por diagnóstico e tratamento das doenças.

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, com transformações no modelo assistencial baseadas no fortalecimento da Atenção Primária e tendo a integralidade com princípio, exige outras configurações em que os saberes e práticas das demais profissões da saúde são fundamentais para lidar com os problemas complexos que se desvelam. “Pensar/viver a integralidade aponta para uma ruptura de valores tradicionais hierarquicamente demarcados no campo da saúde, como: hierarquia, distribuição de categorias profissionais, compartimentalização de saber/fazer nessas categorias” (BONALDI et al., 2010, p. 56).

Um desafio que se coloca para a concretização do trabalho em equipe no SUS é a constituição de espaços de formação no trabalho que congreguem as diversas profissões. Os Programas de Residência Multiprofissional, apesar das dificuldades de consolidação institucional, têm conseguido avançar como espaço de construção desse novo olhar no âmbito da pós-graduação. Em nível de graduação, há um desafio ainda maior, que é a criação de interfaces entre os cursos, de maneira que o trabalho em equipe seja uma prática que ocorra desde o início da construção dos olhares sobre os problemas de saúde e as maneiras de enfrentá-los. Algumas experiências têm sido implementadas tendo como cenário a Atenção Primária, inclusive no Internato Rural.

A integração entre os cursos da área da saúde que ocorre nos primeiros semestres da UEA, nas disciplinas do chamado “ciclo básico” é um diferencial nas narrativas dos estudantes daquela universidade. Esse início em conjunto volta ao consciente do interno durante o Internato Rural, que ao falar da formação das equipes que vão para os municípios, reconhecem a importância da experiência de trabalho em equipe, onde há constituição de uma unidade de pensamento em torno do mesmo objetivo.

O fato de o Internato Rural proporcionar uma experiência fora do local de moradia, onde os estudantes não constroem sua vivência em grupo apenas nas atividades acadêmicas ou de assistência, mas também nos espaços e momentos da vida cotidiana, na alimentação, na moradia e no lazer, pode facilitar uma maior integração também no planejamento das

atividades e no cotidiano de trabalho. Essa perspectiva se manifesta nas narrativas dos estudantes que referem bom entrosamento e afetividade na equipe.

Na UEA a gente começa a interdisciplinaridade desde o início. Nós começamos a universidade nos três primeiros períodos, os três cursam juntos. Então medicina, odonto e enfermagem estudam um ano e meio todos juntos. Anatomia juntos, tanto a um quanto a dois, aí tem aula de bioquímica, biologia celular, aquele que a gente fica estudando as células, farmacologia clínica... A gente tem uma aula com todos eles. Então a gente já começa esse intercâmbio no início. (João)

Conviver com eles está sendo maravilhoso, a gente realmente tem se entendido muito bem. Sabendo no que cada um é bom, isso pra mim é um ganho enorme, porque assim essas barreiras entre os profissionais de saúde hoje... a gente quase não vê normalmente pra nova galera que tem se formado... Não existe mais essa de separar as painéis, hoje todo mundo consegue realmente trabalhar junto. E com isso está sendo essencial, a gente tem conseguido falar a mesma língua assim muito fácil. (Angenor)

Uma linguagem comum é um dos desafios para o trabalho em equipe. Cada área da saúde tem uma linguagem própria, com tradições teóricas e linguísticas específicas, e mesmo quando as estas se aproximam (ex: Medicina e Enfermagem), as interpretações podem ser diferentes (BROWN et al., 2010). A convivência ainda na graduação pode aproximar as linguagens e sobretudo as interpretações, proporcionando aprendizado mútuo, o que pode facilitar quando os estudantes se formarem e constituírem uma equipe. Muitos dos problemas que se encontram no cotidiano das equipes acontecem por dificuldades de comunicação. Peduzzi (2001), trabalhando com a teoria do agir comunicativo de Habermas, ressalta que é por meio de uma prática comunicativa, com constante arguição mútua do trabalho cotidiano, que é possível chegar a um projeto comum, de acordo com as necessidades da pessoa.

Nas outras áreas também... porque assim... é... eu com os outros acadêmicos de medicina, a gente tem uma linguagem parecida, e a linguagem da enfermagem é diferente da nossa. Aí as pessoas acabam sendo mais diferentes ainda. Então, assim, trabalhar com elas e saber ouvir.. saber conviver, é uma experiência que engrandece. A gente volta, acho que com mais maturidade. (Clara)

No fragmento acima a interna ressalta esse aprendizado também como um amadurecimento. Trata-se de uma oportunidade de aprenderem uns com outros, com a troca de informação, fazendo um exercício de sinergia entre os saberes para um melhor cuidado com o paciente. O espírito de equipe e o aprendizado também ficam muito marcados nas falas abaixo.

Então assim eu sempre dizia para eles, se tivesse oportunidade deles ensinarem... Porque eles tiveram mais experiência na faculdade do que eu. [...] Aí era uma troca de conhecimento, tem coisa que eles sabem que eu não sei, eles podem ensinar... E tem outras coisas que eu saiba e eles não saibam, a gente troca de experiência. Isso é muito bom porque como fala: É equipe... ninguém trabalha só na vida. (Pedro)

Mas vejo nisso tudo uma parte boa, onde eu saio do mundo da medicina, entro no mundo da enfermagem e vejo o que é a enfermagem, como que a enfermagem ajuda a medicina, que a medicina sem enfermagem não caminha. Depois eu mergulho na odontologia, vejo que a odontologia era uma especialidade da medicina e depois virou uma outra profissão devido as grandes complexidades que tem... E ainda suas subespecialidades, bucomaxilo, essas coisas. A gente entra nesse mundo que é um pouco estranho pra nós, entendeu? A gente consegue fazer esse intercâmbio entre mostrar o que é o mundo da medicina, por que é que a medicina não fica sozinha, por que que eu preciso do enfermeiro, do dentista, por que que o dentista precisa do enfermeiro. Volta tentando mostrar que ninguém sozinho faz nada. Como mesmo se diz: “Uma andorinha só não faz verão”. Tem que estar todo mundo junto, sintonizados, e o que é mais importante... Você aprende a respeitar o espaço do outro! E o mais importante, que é dialogar. (João)

No último fragmento de narrativa, o interno faz uma reflexão sobre esse momento comum dos cursos, buscando sentido para o intercâmbio entre diferentes mundos que por vezes se veem como “estranhos”. E termina reconhecendo a importância do diálogo e respeito para que haja um efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva de integração entre os saberes e práticas. Nesse caso, a ideia de fronteira também seria a passagem de uma prática justaposta (agrupamento) para uma prática integrada (PEDUZZI, 2001), onde o que guia o trabalho em equipe não seja o saber próprio de cada área, mas o objetivo comum, cuja construção ocorre num espaço público, onde se manifesta a pluralidade de cada profissional, igualmente valorados. Afinal, “uma andorinha só não faz verão”.

O trabalho em equipe e o exercício da interdisciplinaridade não se manifestam apenas nas equipes de estudantes, mas no contato e inserção dos mesmos com as equipes que trabalham na Estratégia Saúde da Família no município, o que ficou claro nas narrativas dos estudantes das duas universidades.⁶⁰ Essa integração de equipe foi ressaltada na experiência junto à equipe da Unidade Fluvial Igarapu, parecendo que a convivência em imersão, concentrada em períodos de dias, faz a diferença na construção da interdisciplinaridade na prática.

Todo mundo passa a se ver como colega de trabalho. Não tem isso de que eu sou o enfermeiro e você é o técnico. Todo mundo está no mesmo patamar, tem a mesma importância. A comunicação torna o trabalho prazeroso, gostoso. (João)

É uma equipe muito bem integrada, a gente vê que Alter do Chão tem uma verdadeira Estratégia Saúde da Família composta por enfermeiro, por médico, por odontólogo. A gente vê que o serviço funciona porque há o respeito e todo mundo se coloca no seu lugar. E às vezes quando um tenta ultrapassar o limite do outro, não é visto como algo afrontador, mas sim como algo que ele tenta melhorar com o serviço. (Antônio)

⁶⁰ Na UEPA o internato rural, acontece apenas com os estudantes de Medicina, não havendo a formação de equipe de estudantes de graduação juntamente com alunos de outras áreas, como na UEA.

O fragmento acima nos mostra a importância da vivência junto a uma equipe que trabalha integrada, constituindo experiência positiva de contato entre profissionais de diferentes áreas. O estudante coloca a questão da possibilidade de que sejam “ultrapassados os limites”, no sentido de trazer melhoria para o serviço e a assistência. Essa perspectiva é capaz de desestabilizar o corporativismo profissional, fenômeno ainda forte na área da saúde, relacionado com a ótica de mercado em que as profissões operam. O caminho da construção de uma visão de trabalho em equipe com interdisciplinaridade não é linear e livre de obstáculos, guardando relações com a construção da fronteira de paradigmas nos saberes e práticas na área da saúde. Atualmente coexistem, e de certa forma competem, dois movimentos. Por um lado, favorecendo essa perspectiva, foram criadas equipes multidisciplinares na Atenção Primária, na organização tipicamente brasileira da Estratégia Saúde da Família (SCHERER et al., 2009). Indo por outro caminho, as corporações profissionais se digladiam em torno da aprovação ou não da Lei do Ato Médico, que fez reafiorar muitos dos posicionamentos egocêntricos, muitas vezes baseados em uma perspectiva mercadológica ou de disputa de poder.

Essa experiência de viver o trabalho em equipe no Internato Rural é importante para a prática futura dos egressos das faculdades, preparando de certa forma para o que vão encontrar e o que se deseja em seu trabalho no SUS. Os estudantes têm então a oportunidade de conviver com os outros profissionais e respeitar seus saberes e práticas.

Aí no Estágio Rural a gente tem de novo essa experiência, que é bem importante. A gente vai trabalhar junto. E é importante saber que o paciente é um todo, tem que ser visto de uma forma geral. Isso é importante pra qualquer faculdade, porque o SUS faz isso, faz a gente trabalhar [em equipe]. As vezes essas diferenças entre os profissionais... Essa visão, é porque a gente não tem essa experiência de trabalhar junto, de ver que são aprendizados diferentes, mas que tudo vai contribuir pra saúde do paciente. (Iranette)

Para trabalhar com o meio rural as equipes precisam ser integradas, e aí ele aprende a se relacionar e a respeitar os outros profissionais da equipe. Eu acho que isso é muito importante para o médico. (Elza - docente)

Eu acho que todo estudante de medicina tinha que passar por essa experiência, de trabalhar junto com as outras equipes, pra quando a gente chegar, não ser tão traumático como é. (Clara)

A perspectiva da valorização do trabalho em equipe na prática futura é clara na narrativa do professor abaixo, como um dos objetivos do Internato Rural de sua universidade, assim como a importância das dimensões de núcleo e campo⁶¹ (CAMPOS, 2000) nessas

⁶¹ *Campo e núcleo* foram conceitos sistematizados no contexto da ampliação das equipes multiprofissionais no SUS no final do século passado. “O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática

relações. O professor ressalta que não é porque eles vão trabalhar de forma interdisciplinar que eles vão perder aprendizado do núcleo da profissão; ao contrário, representa a possibilidade de enriquecimento deste a partir do aprendizado do olhar do outro.

O modelo era esse, interdisciplinar, os três cursos indo juntos pro Internato Rural por um único motivo: para entender que uma das habilidades e competências exigidas pro sistema de saúde é o do trabalho em equipe. É o do trabalho interdisciplinar, né? É... entendendo a interdisciplinaridade não somente como um momento... juntar os três cursos e ir juntos... mas a possibilidade de troca, a escuta qualificada, o planejamento conjunto... não é que um acadêmico de uma área vá ser menos... por exemplo, menos médico, se ele entender um pouquinho mais da saúde bucal, se ele se inserir nas atividades junto com a enfermagem. O de enfermagem não vai ser menos enfermeiro se trabalhar junto com a odontologia e assim por diante, ou seja, o núcleo do saber, as áreas elas não perdem, né? Mas a interdisciplinaridade... eu acho que é uma das nossas grandes fortalezas hoje. (Alfredo - docente)

São poucas as experiências de Internato Rural multidisciplinar no Brasil. Na Região Norte, destacam-se a UEA e UFT como pioneiras nessa conformação em equipe, abrindo caminho para que essa perspectiva seja discutida em outras universidades e haja produção de conhecimento sobre as repercussões dessa interface entre os cursos.

Outros desafios para o trabalho em equipe e a prática interdisciplinar são colocados ao longo da narrativa do docente. Ele chama a atenção que a prática interdisciplinar não é fácil e nem livre de problemas, mas trata-se de um processo de construção no cotidiano do sistema de saúde e também da universidade:

Nós não temos a ingenuidade de dizer que a interdisciplinaridade se dá de uma forma muito tranquila, ou ela já é dada. Não, a gente entende que é um processo... (Alfredo - docente)

[...] se os meninos vão fazer um estágio no município onde os próprios profissionais lá não cumprem, não têm no seu cotidiano a interdisciplinaridade, a gente sabe que, por exemplo, os alunos vão se inserir nessa realidade e eles também vão ter dificuldade em trabalhar de forma interdisciplinar, porque a própria equipe, o próprio município, a própria gestão, ela não trabalham de forma interdisciplinar. Então a gente sabe dessas barreiras, né? (Alfredo - docente)

Nós temos o hábito de fazer reuniões semanais entre todos os professores. Em algum momento, a interdisciplinaridade ela entra sim, na roda de conversa do grupo. Às vezes de uma forma mais virtuosa, às vezes de uma forma mais tensa, porque trabalhar de forma interdisciplinar é duro, não é fácil. (Alfredo - docente)

No atual contexto de transformação da educação médica, considerando a fronteira dos saberes e práticas que se apresenta para o estudante ao longo de seu itinerário formativo, a

profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000, p. 220).

experiência do Internato Rural constitui momento oportuno para as reflexões sobre as dimensões da integralidade, não sendo por acaso que esse debate aparece de maneira importante nas narrativas. A mudança de paradigma na atenção à saúde, em que a pessoa está no centro do processo de cuidado, exige hoje saberes e práticas interdisciplinares.

No momento em que os estudantes têm a possibilidade de vivenciar essa prática ainda na graduação, seja formando equipes com estudantes de outros cursos, seja sendo inserido efetivamente no processo de trabalho das equipes de Atenção Primária, vislumbra-se a possibilidade de uma transformação gradativa das relações de trabalho. Tem-se a possibilidade de que o trabalho multiprofissional sofra menos influência do corporativismo e seja baseado na integração dos saberes e práticas, na solidariedade e, como nos diz Ceccim (2004), na *prática protegida* dos profissionais. Esses podem ajudar um ao outro, proteger um ao outro e aprender com o outro, criando as bases para práticas cuidadoras que sejam regidas pela noção de integralidade.

2.2.2 Diálogo entre culturas: os saberes e práticas no espaço público da Amazônia

A cultura popular na área da saúde na Amazônia é rica e multifacetada, constituindo um corpo de conhecimentos e práticas denominado, neste trabalho, de *medicina tradicional* (BUCHILET, 1991a). Sua origem é marcada por forte influência da cultura indígena, mas também carrega traços da miscigenação de povos que formaram o que é hoje a população amazônica (TEIXEIRA et al., 2008). O contato e diálogo com essa cultura no Internato Rural são questões que caracterizam essa fronteira de saberes e práticas com que o estudante se depara no em seu itinerário formativo, mais intensamente no Internato Rural, sendo um dos aspectos mais importantes no processo de aprendizado naquele contexto.

A medicina tradicional é praticada por pessoas da própria comunidade, geralmente as que têm maior vocação para o cuidado e que participam de um processo de transmissão oral de saberes e práticas ligadas à cultura popular, de geração em geração, utilizando-as para ajudar as pessoas que necessitam. São curandeiros, rezadeiras, benzedadeiras, parteiras e pegadores, que participam de maneira especial da dinâmica comunitária, e cujo simbolismo se aproxima bastante da figura do médico, tal qual o pajé para as comunidades indígenas (GURGEL, 2010). Essas figuras estiveram muito presentes nas narrativas dos estudantes que fizeram o Internato Rural.

O *pegador* para essas comunidades do interior da Amazônia se configura como alguém que executa práticas que estão num espaço entre massoterapia, fisioterapia e

ortopedia. É a pessoa que é procurada e cuida dos casos de dor muscular ou articular, pé “dismintido” ou dor nos “quartos”,⁶² mas também da luxação e possivelmente da fratura. Foi muito presente nas narrativas...

Às vezes a gente vai dizer que não pode massagear, mas elas já: “Não, doutor, eu estou fazendo com um pegador...” Tem um aqui que é muito famoso, eu não estou lembrando o nome dele agora, que é assim... gerações de parintinense já passaram pelas mãos dele. Está com dor de alguma coisa vai lá no seu... Esqueci. Seu Ramos [nome fictício], acho. É um nome assim. Então pra mim isso é o que mais chega pra gente, do pegador, benzedeira... Mas esse pegador principalmente: “Não, porque eu estou com uma dor, mas já mandei pegar, mas não está passando.” (Angenor)

Outra que esteve presente nas histórias dos estudantes no Internato Rural foi a figura da parteira, que é uma das principais agentes de saúde da Amazônia. Nos interiores da região, é comum observar essa prática, que não é livre de polêmicas que envolvem a área médica e de enfermagem, mas que tem atualmente certo reconhecimento inclusive institucional, com a realização de treinamentos e até remuneração em alguns casos (BRASIL, 2010).

Podemos situar a prática e as atitudes das parteiras tradicionais em duas concepções que estão no centro da ideia de cuidado. A primeira é a noção de dádiva: sistema de trocas recíprocas *dar, receber e retribuir* (MAUSS, 1974). As parteiras geralmente são pessoas que buscam essa prática sem interesse financeiro ou de alguma maneira utilitário, sendo sua prática baseada na noção de reciprocidade (SANTOS, 2010). São mulheres que se envolveram com a prática por aprendizado contíguo entre gerações, por viverem nesse ambiente (filhas de parteiras) ou por uma questão vocacional para o cuidado. Pela necessidade de ajudar as mulheres que dão à luz nesse ambiente de interior, elas se inserem nessa prática e se dedicam quase que a vida inteira, numa mistura de trabalho com ação filantrópica (NASCIMENTO et al., 2009). Talvez seja uma das práticas que ainda hoje mais se aproximam da ideia de solidariedade. O que elas recebem de principal é a gratidão das mulheres e do povo da localidade, além da responsabilidade de assistir ao próximo nascimento...

A dona Vilma [nome fictício], a parteira, também conta essa história que para três gerações para trás todo mundo nasceu na mão daquela mulher nessa cidade. (Elton)

A segunda é a questão de considerar o parto ou como evento natural do ser humano, ou um ato médico. Está bem estabelecido que, durante a segunda metade do século XX, houve uma mudança nas concepções e práticas na assistência ao parto. No Brasil essa

⁶² *Pé dismintido e dor nos quartos* geralmente se referem respectivamente a entorse de tornozelo e dor lombar.

transformação foi notória a ponto de chegarmos a ter um dos maiores percentuais de parto cesáreo do mundo (38,6%), o que é inaceitável para um procedimento que se destina a intervenção em caso de complicações observadas durante o trabalho de parto normal (GAMA et al., 2009). Temos observado nos últimos anos um acirramento desse debate, que ao mesmo tempo explicita uma atitude corporativa com posições da classe médica contrárias ao estabelecimento de casas de parto, e por outro lado assiste a um movimento de retomada da concepção de que o parto é um momento natural envolvendo a mãe, o bebê e sua família, sendo necessária ajuda se houver necessidade (HORTA et al., 2011). A figura da parteira simboliza de certa forma esta última posição, sendo uma pessoa que tradicionalmente está ali para ajudar a mulher e a família no momento de dar à luz. Esse dilema, que representa mais uma das situações que compõem essa fronteira de saberes e práticas, é exemplificado na narrativa abaixo, sobre a preparação para os alunos irem para o Internato Rural.

Um deles falou: “As pessoas têm que entender que parto é coisa pra médico”. Aí eu falei: “Epa! Para aqui. Vamos parar e pensar no que a gente está dizendo, né? Parto é coisa pra médico?!” “É porque médico é que talha, né?” Eu deixei ele falar tudo que tinha que falar... “Sim, vocês por acaso já perguntaram como as avós de vocês nasceram? Aonde elas pariram? A sua mãe... aonde ela nasceu?” “...Tinha o médico? Tinha o obstetra? Ou era uma parteira? Parteira gente.” Entendeu? “Então é isso que a gente está trabalhando”. Aí eles todos me bombardearam, né? Eu falei: “Tudo bem, é só pra pensar, né? Isso é uma provocação que eu estou fazendo a vocês pra pensarem. Vocês vão pra um lugar onde não tem médico, onde o acesso é difícilíssimo, onde de uma comunidade rural para São Gabriel da Cachoeira, por exemplo, pra sede do município, tem comunidades rurais de São Gabriel que são 3 dias de voadeira pra chegar. Aí você vai dizer pra mim que quem tem que parir lá tem que ter médico lá? E se não tiver?” (Clementina - docente)

Frente às falas que naturalizavam a medicalização do parto, de que “parto é coisa para médico”, foi interessante a intervenção da profissional que evocou o exercício do pensamento para que se reconhecesse que essa é uma concepção construída sob a égide da ciência moderna. Sem o artifício do pensamento, colocamos uma venda nos olhos e não enxergamos que a sala de parto de um hospital é totalmente preparada para atender às necessidades do profissional em sua rotina de “fazer” partos em sequência de maneira padronizada e uniforme, não sendo consideradas as questões da parturiente e sua família nesse momento, que para eles é um momento único. Talvez esse seja um dos motivos de as mulheres não aceitarem sair de casa, como no relato do interno abaixo.

Há alguns anos existia a questão do parto mesmo com parteiras, isso era perfeitamente natural. E ainda existem hoje mulheres que não aceitam sair da casa pra ter... Mulheres da vila mesmo, descendentes dos indígenas... Índias, portanto, que não aceitam ir pro ambiente hospitalar, ou pro posto pra parir. E tem ainda a figura de parteiras ainda nas comunidades que fazem os partos ainda. Então teria

que fazer mesmo treinamento, capacitação dessas pessoas, porque ainda é uma prática relativamente frequente. Pela dificuldade de acesso ainda é frequente. (Noel)

No fragmento, o interno reconhece que essas questões ainda são muito presentes no interior e sinaliza a estranheza em relação ao ambiente hospitalar, além de apontar a dificuldade de acesso que muitas comunidades têm. Sugere então que as parteiras tenham treinamento. Se as ações de capacitação forem realizadas numa ótica de reconhecimento e troca de ideias e experiências, inclusive com conhecimento científico, há grande possibilidade de resultarem em práticas mais humanas e ao mesmo tempo seguras, como o reconhecimento da necessidade de transferência (fragmento abaixo). Resta saber se as ações de treinamento e capacitação não seguirão apenas a lógica biomédica uniformizadora, desconsiderando as questões simbólicas e culturais que fazem da parteira uma figura de confiança no meio dela e que, por conta disso, podem aumentar a eficácia de seus atos na hora do parto.

A diferença é que a parteira do hospital já fez alguns cursos com o Ministério da Saúde... Que o Ministério da Saúde faz. E se der algum problema vai na ambulância vai embora para Santarém (Adoniran)

Sobre a questão do treinamento para identificar situações de risco, é importante a narrativa de uma das entrevistadas⁶³ sobre o seu contato com a parteira.

Quando eu cheguei lá grávida, eu já cheguei em Paricatuba grávida... fui procurar qual era a parteira, né? “Dona Odete”. Aí conversei com ela, ela passou a ir na minha casa. Ela ia na minha casa todo mês. Ela ia lá, conversava comigo, via a minha barriga, pegava, botava as orelhas dela aqui, e tal. Foi o 1º mês, o 2º mês, 3º mês, no 4º mês, quando eu já estava entrando assim no 8º mês de gravidez mais ou menos ela falou assim: “Dona Clê, quantos anos a senhora tem?” Eu falei: “Vou fazer 30 dona Odete.”. Aí ela olhou bem pra mim e falou: “Acho bom a senhora ir pra Manaus”. Eu falei: Por que, algum problema?” Ela falou: “Suas carnes estão muito duras pra parir aqui”. Aí eu falei: “Que jeito lindo pra dizer que eu estou velha pra parir meu primeiro filho..”. (Clementina - docente)

Esse caso é exemplo de como a parteira pode prevenir complicações com sua explicação própria de que as carnes estão muito duras. Talvez essa seja uma habilidade que as parteiras têm e podem ensinar aos enfermeiros e médicos que fazem o pré-natal, inclusive os chamados especialistas. Mas as parteiras não o são? Podemos perguntar ao interno:

Existe um reconhecimento [...] porque ela é uma só, está de plantão 7 dias por semana, 24 horas, então tem que tirar o chapéu para uma mulher dessa... (Adoniran)

⁶³ A entrevistada foi preceptora em uma das primeiras experiências de internato rural na Amazônia, hoje participa da semana de preparação dos alunos para a inserção nos municípios do interior.

Nesse contato com a medicina tradicional, não poderia deixar de aparecer o uso de chás e plantas medicinais, trazendo algumas questões relatadas na literatura que trata do tema (ver item 1.1.3). Essa tradição é muito difundida e apareceu de maneira marcante nas narrativas, na maioria das vezes de maneira positiva. Quando os internos relacionavam seu uso como substituto ou que levava a dificuldades no tratamento com medicamentos alopáticos, por vezes transpareceu certo conflito interno em alguns deles, como no trecho apresentado mais adiante. Em geral, eles reconhecem sua origem na sabedoria popular e recomendam cautela na hora de orientar sobre esse assunto, tanto ao indicar quanto contraindicar.

[...] a gente abordou o fato dela estar com leucorréia e passou um creme vaginal... Ela assustou: “Creme vaginal?” Ela está acostumada a fazer o banho dela com as folhas, com as casca do taperebá. A gente tem que ter cuidado com a forma como você vai intervir com essas pessoas porque cada qual também tem suas crenças. (Marisa)

Ainda é muito forte, por exemplo, o uso de ervas medicinais, é muito forte isso ainda. As pessoas elas chegam e dizem que fizeram um chá de alguma coisa, tomam banho com alguma coisa, fizeram vaporização com algumas folhas... (Noel)

Eles estavam fazendo exames, aí eu perguntei pra uma moça se ela estava usando preservativo. Ela disse que não e eu perguntei por que não. Ela disse que ela e o marido dela quando iam fazer “as coisas” tomavam uma pílula de copaíba com café. Aí eu perguntei se dava certo e ela afirmou que sim, mas daquela vez havia falhado! Ela disse que usava casca de várias coisas, de várias plantas. E todas as pessoas que chegavam afirmavam não tomar remédios, mas muitos chás. (Leci)

Um aspecto muito intrigante que apareceu nas narrativas foi a existência e o uso de plantas medicinais que são chamadas por nomes de medicamentos.

Vincristina eu acho, é Vincristina e também tem o Salicilato que vem do sabugueiro. Acho que é do sabugueiro. (Jorge)

Tem uma folha lá chamada insulina natural que eles tomam pra diabetes, asma: “Não pode tomar isso aqui porque é errado”. Acho que você tem que orientar eles que pode tomar, mas não determinada quantidade. Porque entre uma medicação e um veneno, o que torna uma medicação veneno é a dosagem (Orlando)

Teve um bem interessante, tinha até uma planta que ela falou que era a Amoxicilina. Ela falou que tinha a mesma função da Amoxicilina, até me mostrou lá a plantinha que aí fazia o chá e tomava quando estava com infecção respiratória, infecção de garganta e chamava de Amoxicilina a planta. (Ismael - docente)

Entendeu? E aí lá em Paricatuba tem Dipirona em planta, Melhoral em planta, Vick em planta. Certo? (Clementina - docente)

Considero intrigante porque é uma das expressões desse diálogo entre culturas que acontece cotidianamente nas comunidades ou nos espaços de produção de saúde. Os novos

nomes com os quais as plantas são (re)batizadas ganham status simbólico ao assumir um nome aceito pela ciência. Esse fenômeno é descrito por outros estudos (ROZEMBERG, 2007), podendo representar um esforço de aproximação da cultura popular com o “saber oficial”, ou talvez um movimento de resistência, na tentativa de legitimação do uso das mesmas pelos nomes que adquiriram.

Nas narrativas apareceram também outras práticas utilizadas, que são baseadas em crenças ou saberes populares cujo veículo de transmissão é basicamente oral e aprendido na família ou com pessoas ligadas ao cuidado em saúde na comunidade – rezadeiras, benzedadeiras, parteiras etc.

Lá praticamente todas as crianças recém nascidas iam com a fitinha no braço por conta do quebranto. Isso daí era direto.. A mesma coisa do soluço e de colocar uma linhazinha vermelha na testa. Todo mundo tinha muito disso. Outra coisa muito que se via lá é dizer que a mastite vinha porque a criança tinha arrotado no peito. (Teresa)

[o alimento] é remoso, e que depois do pós operatório não se podia comer. (Teresa)

Uma indagação que se segue aos exemplos e estimula o pensamento dos estudantes é: como lidar com isso? Por vezes consideram um absurdo, agem com descrença e tentam orientar de alguma forma; mas em alguns casos mostram também descrença quanto à efetividade de suas próprias recomendações...

Aí tentam tirar o veneno sugando com a própria boca, essas coisas assim que a gente fala: “Ó, lava só com sabão”. Não, eles querem colocar uma coisa, uns remédios... Tem uns que colocam até teia de aranha... Essas coisas assim. (Arlindo)

Eu já vi muito absurdo, assim, tipo tratamento antiofídico... A gente tem muito lá... Usa pé de paca, carvão, café, o que mais?... Pedrinha preta... tudo isso aí. Então assim, vai desde essa linha aí que é mais cultural mesmo até, por exemplo, achar que Dipirona vai fazer hipotensão. (Guilherme)

[...] colocaram borra de café no cordão umbilical, esterco de vaca. O cara está com uma micose e coloca diesel em cima da micose. O cara não se cuida em relação a alimentação, tu passa remédio ele não quer tomar direito, ele acha que não precisa... Se o vizinho falar para ele que o remédio melhor é o chá, ele toma o chá. (Adoniran)

[...] Sangre de Grado curava câncer, ela queria porque queria. A minha mãe tem câncer, queria por que queria tomar Sangre de Grado pra cura do câncer sabe? Aí eu digo: “Mas mamãe! Isso não cura, mãe você tem que fazer o tratamento direitinho, tem que fazer outras coisas”. Mas ela quer tomar, pronto, toma. Eu disse: “Ta mãe, toma o Sangre de Grado, mas faz outras coisas também”. Tem esse negócio... Tem o chá da água com alho que para eles é o melhor... (Alcione)

Em outros casos, essas práticas representam adaptações interessantes, que podem substituir as recomendadas cientificamente, como no caso do fio dental de estopa que a população ribeirinha usava:

Lá no Igarapu tinha gente que não sabia o que era fio dental. Eles usam fiado de estopa pra passar nos dentes. (Roberto)

Esses casos mostram que a criatividade faz parte das maneiras como as classes populares lidam com suas necessidades, resultando em ações inovadoras que por vezes são mais aplicáveis a suas realidades que as tradicionais prescrições da área da saúde. “As soluções que criam, muitas vezes são as únicas possíveis diante da realidade. O princípio da realidade fala mais alto...” (OLIVEIRA; VALLA, 2001, p. 86-7).

Nas narrativas, os internos tiveram oportunidade de contar o que eles já viveram como pacientes ou que tiveram contato em sua família. Essas breves histórias deixam transparecer algo sobre a valorização ou não dessas práticas populares bastante encontradas no interior, como a descrita abaixo.

No Acre... lá os índios ensinavam remédio pra asma. Pegava o coco, mas não podia contar para quem estava dando o remédio senão botava água. Mas os índios do Acre, de Xapuri, daquela região ali ensinaram pra ela que precisava pegar um coco... A metade deles vai água, e a outra metade você coloca mel com limão. Aí coloca... fecha, lacra, coloca num saco, cava 7 palmos abaixo da terra e coloca lá... Aí deixa lá acho que uma ou duas semanas, depois de duas semanas retira e fica dando uma colher todo dia para a criança que tem asma... Se usar sempre cura... Eu fiquei curado. Eu atribuo, mas acabei descobrindo que a asma, ou ela cura até os 4 anos ou você vai ter pro resto da vida. Foi o meu caso, não tive mais, graças a Deus... (Orlando)

Uma das professoras entrevistadas fez uma ponderação importante em relação à prática da medicina tradicional, colocando o contexto de transformação em que a sociedade vive, inclusive no interior. Ela chama a atenção para o processo de medicalização que vem se homogeneizando no país, com uma busca por vezes desnecessária pelo médico, pelo medicamento e pelos exames de ponta. Apesar de contrastar com a maioria das falas dos internos que viveram a experiência, as falas alertam que essa cultura não é estanque, fixa no mundo, mas está em constante transformação. E pelo encurtamento das distâncias, pode tender a algo mais uniforme, tendendo à medicalização da sociedade.

[...] mas as outras práticas tradicionais mesmo elas estão mudando. A gente já não vê isso na população. A população hoje ela está procurando... Ela quer o médico, ela quer o remédio, ou ela quer a tomografia, ressonância, então ela hoje não tem mais aquela cultura como era... Ela já mudou muito. (Elza - docente)

[...] mas elas sabem que é o médico, que tem que ir lá buscar o médico, buscar o remédio, aí elas vão na cidade, vão procurar. Eles não estão tão isolados mais como eles já estiveram. Eles já não estão mais tão isolados. Então isso aí realmente vai mudando, vai mudando muito a cultura da população, ela começa a ter acesso a outras coisas. (Elza - docente)

Percorrer essa zona de fronteira de saberes e práticas pelo estudante nem sempre é fácil, mas se a atitude for reflexiva ou de abertura para o aprendizado, pode acontecer como no relato abaixo, onde há certo descrédito inicial, mas com o tempo, a partir do contato com as pessoas e a vivência das situações, pode advir o reconhecimento da importância dessas práticas para essa população.

No início eu estava olhando com ceticismo, mas passei a olhar com muito mais seriedade, com responsabilidade, e tento entender como que funciona essa medicina cultural. Eu estou acostumado com médico desde que eu nasci, mas eles ainda não viram nenhum médico, não viram nenhum dentista. Eles tem o curandeiro, a pessoa lá que entende das ervas... (João)

Um aspecto que apareceu bastante e está relacionado ao reconhecimento do valor desses saberes e práticas pela população é o fato de estes serem passados de geração em geração. Esse ponto é objeto de reflexão dos estudantes, principalmente ao decidir como lidar com as questões culturais envolvidas nas práticas populares.

No início eu fui um pouco cético. Até por causa da formação que a gente tem: medicina baseada em evidências. Isso aqui tem estudo, é comprovado... Então no início eu fui um pouco cético. Mas aí com o passar do tempo a gente vê que tem coisas que não condizem com a realidade. Mas tem outras coisas, a grande maioria, que são passados de gerações, alguns ensinamentos... Então a mesma coisa que a pessoa faz, o avô fazia, o bisavô fez, o pai fez e ele está fazendo. E vai ensinar para o filho. E é algo que sempre deu certo. (João)

A minha avó, ela aprendeu com a minha bisavó que aprendeu com a avó dela, que aprendeu com a avó dela a fazer mil pomadas. Ela faz uma pomada que na família todo mundo usa para artralgia, para dores musculares e etc. Nossa! Ali vai de tudo, vai sebo de carneiro, vai banha de cobra, banha de anta, banha de não sei mais o que, óleo diesel, pimenta e assim... tudo vai. Eu não sei muito bem o que acontece, mas assim... Geralmente as pessoas passam, não sei porque melhoram. Sentem melhora e tipo, já está dentro, né? Fica complicado você ficar passando óleo diesel na tua pele para entrar no teu organismo, e mesmo assim utiliza, né? Utiliza. (Valter)

Que de certa forma a cultura está tão arraigada neles. Aquele hábito, aquela coisa que é passada de mãe, de vó pra filha, de mãe pra filha, que fica difícil você tirar isso da cabeça deles. Então a ideia é a gente tentar colocar a parte científica, mas não tenta confrontar com eles porque não vai adiantar. Tem que respeitar a ideia deles. (Martinho)

No segundo fragmento, transparecem a reflexão e até certo conflito interior, pois a pomada é feita e aprendida por muitas gerações, leva produtos que o estudante considera potencialmente tóxicos; no entanto, a pessoa melhora. “Como pode?” O último fragmento coloca a possibilidade de um diálogo, que vem da necessidade identificada de trazer dados cientificamente validados, mas ao mesmo tempo reconhece que o saber popular deve ser respeitado, e não confrontado.

Esse contato mais intenso com a medicina tradicional durante o Internato Rural traz uma série de questionamentos que envolvem aspectos da medicina ocidental, da cultura popular, e aspectos das relações das culturas, que têm a ver com a maneira de lidar com esses encontros e desencontros dos saberes e práticas. Nas páginas seguintes, a intenção é explorar mais ainda essa fronteira de diálogo, que é um dos pontos centrais de aprendizagem integral dos estudantes no Internato Rural e pode conduzir a um processo de reflexão sobre as próprias práticas como médicos, deslocando ideias previamente sedimentadas e favorecendo a emergência do novo na formação médica.

Inseridos naquele contexto, os estudantes entram em contato direto com esses modos de cuidado e produção de saúde locais, que foram construídos numa espécie de sincretismo cultural que se constituiu ao longo do tempo, e que ainda é bem marcado nas crenças e costumes daquela população. O estudante chega com uma base biomédica de cinco anos e interage diretamente com a lógica de pensamento das pessoas da localidade, seus pacientes e colegas de equipe. Esse diálogo entre culturas ocorre no espaço público da medicina no interior da Amazônia, representando uma forma de agir político que reafirma a noção de pluralidade.

As narrativas dos sujeitos da pesquisa foram bem ricas nesse aspecto, merecendo figurar em número mais expressivo nesta síntese, o que pode dar uma ideia mais aproximada da pluralidade desse coletivo (estudantes e professores) nas concepções e pensamentos sobre a questão em análise. Só para termos uma ideia, foram utilizados mais de trinta verbos, simples e compostos, para designar atitudes no diálogo entre culturas. O verbo já é um artifício linguístico que denota ação. E sua utilização em tantas formas pode indicar uma diversidade de maneiras de pensar e agir, mesmo quando estão reunidos em uma só linha de pensamento. A grande maioria seguiu uma linha mais conciliativa, em que apareceram verbos como: *unir, conciliar, auxiliar, complementar, adequar, aliar, estar junto, aprender, fazer parte da equipe, contribuir, acrescentar, associar, ambientar-se, trocar, englobar, aproximar, casar, agregar, associar, somar, andar em paralelo, adicionar*. Alguns deles estão marcados em negrito nos fragmentos que se seguem.

A ideia mais presente entre os estudantes entrevistados foi de evitar “bater de frente”, não menosprezar ou não diminuir o saber popular e não impor seu pensamento em detrimento do outro, evitando criar uma hierarquia de conhecimentos nas relações com os pacientes. Vários são os argumentos que eles colocam para agir assim, sendo que cada agrupamento de fragmentos abaixo aponta aspectos que se complementam.

Então eu nunca tento menosprezar o conhecimento. Eu sempre tento puxar pra mim, ver o que é. Entender da erva, da folha, da casca, a garrafada, como é que toma, se faz bem... Toma junto com o remédio ou sem o remédio... Perguntar se melhorou ou não... Então eu sempre tento entender. É muito difícil pra mim que nunca vi essa parte. Eu sempre tento entender essa sabedoria popular. E sempre tentar **conciliar** com a medicina que eu aprendi, nunca menosprezar, entendeu? (João)

Muitos outros conhecimentos associados ao conhecimento indígena também... Que realmente foi a única medicina que eles tiveram por muito tempo. Então eu tento sempre **conciliar** o conhecimento deles, de copada, fruta, essas coisas... Tentar puxar pra minha realidade e **associar** com a medicina que eu estudei. Ver o que realmente é benéfico. Tentar dentro desse conhecimento **unir** o que eu aprendi. Não dizer que meu conhecimento é melhor que o seu. Tentar unir o útil ao agradável. O que é de bom do dele com o que é de bom do meu pra tentar conseguir uma melhora real pra o paciente. (João)

No primeiro fragmento acima, o interno aponta a busca de um sentido (“tentar entender”) para essas práticas. Dessa forma, ele dá importância a um exercício do *pensar sobre*, para dar um significado a um processo que talvez ele não entenda, por não fazer nexos com a lógica em que ele aprendeu, que muitas vezes segue um modo mais linear de associação entre fenômenos (tipo: uma doença - uma causa), típico do olhar biomédico. Nessa linha de raciocínio, o “puxar para si” pode significar uma tentativa de aprender algo da lógica da cultura popular visando compreender como as pessoas pensam o processo de adoecimento e cura. Mas pode também representar a tentativa de traduzir sua prática para a lógica biomédica, pois “o puxar para a minha realidade” pode ser entendido como “dar significado na minha lógica de pensamento”, “da medicina que eu aprendi”.

Aqui se manifesta no processo de análise das narrativas a ideia de intermedicalidade trabalhada no item 1.1.3 e aparece mais claramente em seguida, pois existem nesse processo relações onde a questão do poder está presente, quer queiramos ou não. Considerando a ideia de intermedicalidade, existe uma dificuldade muito grande em não hierarquizar os conhecimentos, pois o poder da perspectiva biomédica na sociedade é fator determinante nas relações, estando presente mesmo que não intencionalmente nas concepções e na forma de se relacionar com a medicina tradicional.

Nesse ponto, como advoga Arendt, é importante a mediação do professor para que seja explicitada a possibilidade de lógicas diferentes de pensamento, e para auxiliar o estudante a não simplesmente reproduzir a lógica uniformizante, mas reconhecer a pluralidade e tentar realmente entender a lógica de utilização dessas práticas. Dessa forma, poderão exercitar o pensamento reflexivo, procurando olhar além do óbvio, buscando não as verdades, mas os significados das coisas (ARENDDT, 1995; PAPADIMOS, 2009).

Independentemente das possibilidades acima o interno faz, em sua narrativa, um exercício de aproximação que não é somente de justaposição (como em outros abaixo), mas

de integração de concepções, e tendo a melhora do paciente no centro desse processo. Num contexto onde a noção de intermedialidade se coloca na relação entre as concepções e práticas não é uma tarefa fácil identificar essas manifestações em seus próprios discursos e ações. Colocar a pessoa no centro parece ser um bom ponto de partida.

Seguindo a linha conciliativa do diálogo, um argumento que aparece nas narrativas é o do tempo em que realizam suas práticas e da transmissão dos saberes ao longo das gerações. Como vimos nas páginas anteriores, essa característica é identificada pelos internos. Então eles se perguntam: como posso eu, que estou no início de minha caminhada, “ir contra” uma prática utilizada por gerações de familiares daquelas pessoas?

Então eu acho que a gente tem que respeitar a cultura das pessoas ao mesmo tempo em que você não é chegar lá e impor: “Você tem que tomar esse medicamento e deixe a sua cultura de lado”. Porque antes de nós chegarmos lá e dizer que eles estão errados eles já vinham fazendo uso daquilo ali há um bom tempo e sendo que eles não dispunham de uma medicina tradicional, né? Então a gente tem que **respeitar** e tentar **agregar, associar** um ao outro (Francisco)

Por que eu percebo que tem que ter tato pra falar. Se falar que está errado com autoridade eles já perdem a confiança em você. Se você falar que eles não podem tomar sendo que o conhecimento passou de avô para pai... e agora vai chegar uma pessoa qualquer e dizer que está errado? (João)

No primeiro fragmento, o interno se refere à dificuldade de acesso aos serviços de saúde da população do interior, como um dos fatos históricos que levaram à ênfase nas práticas populares naquelas localidades, assim como o fragmento abaixo.

Então aquela população desassistida acaba regredindo... E começam até a utilizar esses produtos lá que é utilizado com continuidade. Alguns às vezes acabam sendo enganados, né? Porque não existe um medicamento que cure um monte de doença ao mesmo tempo (Diogo)

Embora a questão da dificuldade de acesso e desenvolvimento de modos próprios de cuidado esteja realmente presente, existindo inclusive práticas utilitárias nesse meio (ex: marreteiros que sobem os rios levando produtos da cidade), a realização dessas práticas não segue obrigatoriamente essa relação entre demanda e oferta. Mesmo onde temos a medicina alopática bem desenvolvida, as pessoas procuram outros tipos de práticas ou relações de cuidado, o que chama a atenção também para as limitações da biomedicina em dar respostas aos problemas cotidianos da população (LUZ, 2004).

Para alguns estudantes, principalmente os do interior, essas práticas fazem parte de seu mundo. Essa perspectiva se manifesta no fragmento abaixo, em que o interno adverte que uma atitude autoritária pode afastar ou prejudicar de alguma maneira a relação médico-paciente.

[...] não tem como, é uma questão cultural. Eu fui criado assim desse jeito também. Meus pais até hoje fazem esse tipo de tratamento e, realmente, é só tentar **auxiliar**, né? Às vezes a gente tenta dar uma alternada. Toma chá... tem gente que toma muito chá... “Não, vamos tentar. Toma dia sim, dia não. A senhora alterna com esse remédio, que a gente precisa pra **complementar**. Você vai ver que você vai ficar melhor.” Então a gente está realmente tentando **adequar**, porque se for mandar tirar ele já cortou o link profissional-usuário. (Angenor)

Esse mesmo interno coloca a importância de uma relação de parceria com pajés e outros agentes da medicina tradicional, num reconhecimento da importância dessas pessoas na localidade e no sistema de saúde, inclusive da importância de considerá-los “parte da equipe” e de ter abertura para o aprendizado. Não se pode deixar de reconhecer que são pessoas que detêm um vasto conhecimento prático da realidade de vida dos habitantes locais, e podem ajudar a equipe a entender sua lógica de pensamento.

[...] mas funciona e em algumas comunidades a gente precisa **aliar** isso. Principalmente a Dona Sebastiana [nome fictício] mesmo me falando lá... Nas comunidades indígenas eles precisam **estar junto** com o Pajé, com o *Tuchau* do local, pra poder conseguir a adesão deles, senão não vai... Não tem condições... Então isso aqui na região é muito forte, muito forte. (Angenor)

Eles fazem parte... Às vezes a gente vê eles como parte da equipe multidisciplinar... Eles precisam estar. Porque é questão cultural mesmo... [...] Uma geração inteira da família dela dizendo que isso funciona, eu não tenho como tirar da cabeça deles... que não funciona... Então eu vou perder esse paciente se eu tentar tirar isso da cabeça dele ou tentar denegrir a imagem do pegador, da benzedeira, né? Então eles precisam ser nossos aliados. Aqui no Amazonas isso é muito forte, principalmente no interior. Eles tem que **fazer parte** como se fosse um colega da equipe mesmo. Alguns lugares nas comunidades funciona a parteira. Aqui é muito forte mesmo. Assim, aqui nos hospitais da cidade são elas que conduzem tudo. Não tem, não tem obstetra pra todo mundo, os médicos muitos não têm experiência, então elas que nos ensinam nessa hora aí. Elas são essenciais como [também] o pegador, a benzedeira e as garrafadas (Angenor)

Alguns outros internos defendem a concomitância de ações, não só para sinergia das ações terapêuticas, mas para criar um clima de confiança mútua e fortalecer o vínculo com o paciente e com a comunidade. Aceitar, compreender a lógica de utilização e estar aberto ao aprendizado pode trazer a relação para um patamar de confiança que intensifica a relação médico-paciente. Stewart e Brown (2010) colocam que a confiança talvez esteja no cerne de um relacionamento atencioso, e em geral implica alguma transferência de poder. Ao privilegiar o vínculo e a confiança, o estudante se dispõe a “abrir mão” da perspectiva biomédica estrita e busca o diálogo entre culturas.

[...] por exemplo: uma criança que estava com tosse e com secreção, fazia a medicação em xarope e antitérmico se tivesse febre... Mas também fazia a receita da medicação fitoterápica, da medicação caseira, que acho que muitas vezes seria até uma forma do paciente ter confiança. Criar um vínculo nessa questão de

identificação do profissional com o paciente e com a comunidade ribeirinha... com aquela situação que muitas vezes é influenciada... essa questão da medicação caseira. (Ciro)

[...] a importância de saber lidar com isso, saber conversar, ter uma estratégia, criar um vínculo com aquele paciente para que ele possa saber que você quer o bem dele, e facilitar essa benfeitoria que você programa para ele né? Não como uma forma de impor, mas como uma estratégia de colaboração de você para ele e dele para você. (Valter)

A importância desse “andar em paralelo” dos diferentes saberes e práticas também é enfatizada pelo interno no fragmento que se segue, ressaltando que há problemas que são mais bem enfrentados com a ênfase em um tipo de abordagem, e outros que respondem melhor a outra maneira de conduzir. Alguns índios, inclusive, têm uma divisão clara entre a utilização da medicina alopática e o xamanismo e uso de ervas, respectivamente, para a “doença de branco” e a “doença de índio” (GALLOIS, 1991).

Na minha opinião eu acho que isso é bem particular de cada um, mas na minha opinião a medicina alternativa não deve ir na contramão da medicina contemporânea, ela deve **andar paralelo**. Porque tem coisas que realmente funcionam, tem coisas que a gente não consegue alcançar, resultados que a gente não consegue alcançar com medicina padrão, que a alternativa consegue. O que cabe a gente é pesar. (Francisco)

Outro argumento utilizado pelos internos foi a questão da fé, da crença dos pacientes nas práticas que eles usam há séculos, e que pode influenciar em seu processo de melhora ou cura. Na narrativa, a interna concorda com a importância de conciliar as duas abordagens se essas práticas não representarem algum risco.

Eu quando estou abordando uma paciente que chega e eu observo que ela está fazendo remédio caseiro, é uma forma de ela acreditar que aquilo vai melhorar. Eu penso que a gente não deve interferir naquilo se perceber que aquilo não vai alterar o curso da doença para pior, se aquilo não vai alterar. Então você só **acrescenta**. Acrescenta a sua abordagem médica e fala para ela: “Tudo bem, a senhora pode continuar fazendo isso, pode continuar tomando o seu chá de capim santo, isso e aquilo, e a senhora acrescenta só mais isso para complementar.” (Marisa)

Essa abordagem dialoga com o efeito placebo das medicações, como suscitado com mais clareza na narrativa abaixo. Poderíamos com isso pensar que ele estaria se referindo ao efeito das práticas populares, mas seu exemplo se refere a um tipo de medicação alopática.

[...] uma coisa que me marcou muito foi saber, quando eu estudei, que antidepressivo aumenta em 20% a taxa de sucesso de cura da depressão... 40% dos pacientes não tomam antidepressivo. Assim, marcou foi o seguinte: entender que, no geral, a maioria das medicações têm um efeito placebo muito forte por trás, então saber entender o que você tá fazendo, saber entender saúde, às vezes é tão importante quanto saber escolher a medicação certa naquele caso (Guilherme)

O reconhecimento de efeitos simbólicos nas práticas em saúde representa uma ampliação do olhar e pode ter repercussões nas atitudes e no autoconhecimento do profissional. É o que o interno chama de “saber entender o que você tá fazendo”, que seria “tão importante como escolher a medicação certa”.

Nos trechos abaixo, os internos prezam a troca de ideias e informações, numa relação dialógica que pode se estabelecer com o paciente nas consultas. No segundo fragmento, o interno reflete sobre seu aprendizado no Internato Rural, sentindo que pode estar adquirindo habilidades importantes que possibilitam esse diálogo.

[...] não só em experiência médica, mas em experiência cultural. A gente acaba observando muito que as pessoas trazem um pouco, por exemplo... Antes da gente oferecer tratamento pra elas, elas trazem um pouco da cultura, da informação que elas têm pra depois receber a nossa informação. Então há uma troca de experiências muito grande, né? (Antônio)

[...] eu venho adquirindo assim... primeiro de ouvir mais o paciente, e também de entender, acatar muitas das ideias que eles têm, **englobar** a cultura deles, pra depois de uma maneira geral entrar em um acordo pra gente fazer um tratamento mais adequado pra ele. Dizer: “Olha, faz a medicação, mas também tenta fazer esse chá aqui.” Entendeu? É uma maneira que a gente tem de ganhar experiência com o que a gente vem aprendendo com a comunidade. (Antônio)

Alguns internos, ainda que manifestem a intenção de diálogo, o fazem mais claramente entendendo a cultura popular pela ótica da biomedicina e trazendo para seus meios de validação e da produção de verdades. Nestes fica mais evidente a manifestação de poder intrínseca ao conceito de *intermedicalidade* no encontro entre culturas (LANGDON, 2004). A relação assimétrica entre as racionalidades médicas científica e popular faz com que haja discursos ambíguos nas narrativas, que ao mesmo tempo valorizam a utilização de plantas medicinais e outras práticas, e tentam compreendê-las pela lógica da biomedicina:

É só uma questão de dar tempo ao tempo, da minha medicina poder estudar a medicina alternativa, pra poder descobrir o que realmente tem. (João)

É um exercício diário do que a gente tem como desconhecimento... Que foi adquirido pelo método científico, que é validado cientificamente, por nível de evidências, e daquilo que ainda não tem... Então não dá, assim, por exemplo... Pelo conhecimento científico eu não posso indicar que a pessoa deva ir para casa e fazer um chá de tal coisa, apesar de que eu também acredito que aquele chá vai funcionar, eu não sei os efeitos hepáticos, se é metabolizado no fígado, se é metabolizado pelo rim, os efeitos tóxicos, a dose tóxica, a dose terapêutica daquilo. E eu sei, pelo conhecimento científico hoje, que não é só colocar 3 ou 4 folhas de uma determinada planta ali, botar pra ferver e tomar. Eu sei que tem uma quantidade, se for uma substância que vai ser utilizada como antibiótico, eu sei que ela tem que ter uma concentração inibitória mínima pra poder ela ser efetiva. Eu sei que acima de determinado limiar ela pode ser: ou nefrotóxica, ou hepatotóxica. Eu tenho esse conhecimento... Então existe sim dentro de mim um conflito entre o conhecimento popular e o conhecimento científico. Por isso que eu digo que é uma experiência diária disso. Então eu tenho que aproximar cada vez mais e me da cada vez mais

essa vontade de na verdade validar aquele conhecimento popular, de colocar esse conhecimento popular de uma forma mais segura, cientificamente estudada, comprovada, e mais segura pra pessoas utilizarem. (Noel)

No fragmento acima, o interno faz uma reflexão que explicita o modo tradicional do pensamento científico aplicado ao uso de plantas medicinais. Com riquezas de detalhes, o interno consegue deixar claro como é o processo de validação dessa prática pela ciência atualmente. Termos como “concentração inibitória mínima” e “hepato ou nefrotóxico” são revestidos de um significado próprio que só compreende quem é do meio científico, e de certa forma eles também o protegem, conservando esse meio apenas para quem o domina. A pergunta que fica é: será que esse pensamento pode ser aplicado ao uso de plantas medicinais ou outras práticas da cultura popular? Em alguns casos até pode ser, mas como outras falas anteriores sinalizam, a lógica de utilização dessas práticas talvez não tenha em uma substância, ou em sua concentração, seu mais alto potencial. Além da sua atuação no metabolismo corporal, outros aspectos como os rituais, o preparo e a maneira própria de administrar, além da fé numa prática que passou de geração em geração, parecem ser revestidos de valores que a ciência só recentemente passou a abrir os olhos.

O interessante dessa mesma narrativa foi a menção do conflito em que vive, tendo sua origem na população do interior, cuja família tem esse hábito, mas agora também conhecedor do saber científico passa a ter outro ponto de vista. O fragmento abaixo deste mesmo interno segue ainda nessa linha, dando importância central para o meio de validação científica da eficácia de determinada prática, mas deixando clara a importância dessas práticas e pessoas na cultura e na vida comunitária local. E chama a atenção para a importância de uma atitude que não busque competir com essa prática.

E assim, tudo são substâncias que, ou já existe uma comprovação científica, ou estão em andamento pesquisas científicas pra comprovar isso, ou seria uma boa ideia pesquisar sobre essas coisas. Mas as pessoas, elas detêm um conhecimento... É como se fosse uma medicina tradicional. Então ainda tem um pouco essa questão da figura do rezador, do benzedor, ainda existe um pouco isso. E o médico, o médico de família ele não está pra competir, na verdade ele está meio que ele está para se inserir. (Noel)

Embora grande parte dos entrevistados tenha uma afinidade por uma linha mais conciliadora sobre esse diálogo, alguns apontaram questões também importantes que podem dificultar essa interação de saberes e práticas. Eles dizem que “às vezes é complicado” e utilizam palavras que representam mais um choque de culturas do que um diálogo. O curioso

é que utilizam mais substantivos, mas que podem se traduzir em ações quando transformados em verbo. São *conflitos, embates, lutas e brigas*, que *atrapalham, rompem e manipulam...*

Pelas narrativas, essa reação supostamente negativa não parece estar propriamente na descrença ou no ceticismo mediante outras práticas que não a da biomedicina. Ela parece advir de um conflito interno que ocorre pela noção da gravidade dos problemas, da possibilidade de complicações e da necessidade de ter controle absoluto de suas práticas, visando à segurança de seus atos.

O estudante, por ter noção da gravidade dos problemas de saúde, pode achar que é necessário encaminhar tal paciente ou utilizar algum medicamento alopático específico frente a determinada situação, entretanto, por vezes é complicada essa entrada de um elemento de fora (o interno, ou até o médico...), principalmente em se tratando de população indígena, como no exemplo colocado abaixo pela interna...

[...] sendo que quando alguma criança fica doente... alguma pessoa fica doente, tem que passar primeiro pelo Pajé. E se vocês estiverem lá tem que respeitar ele levar primeiro para o Pajé. E se você vê que a criança já está quase para morrer? E se ela perder mais tempo lá com o pajé ela pode ir a óbito? E ela falou que é complicado, é uma coisa a que é complicado mesmo intervir na cultura dos índios. (Marisa)

E ao longo disso que você chamou de respeito que nós temos que ter, a gente não pode chegar e ficar observando simplesmente que só por falta... Pelo simples fato de você respeitar vai deixar, por exemplo, uma criança morrer de cólica... Porque ela está tomando chá de casca de laranja, de casca de limão, não sei o que, pelo simples respeito. Eu acho que a abordagem tem que ser em conjunto, lógico. Como você falou que a gente não pode tirar o que está arraigado neles, mas assim, até que ponto nós somos orientados a desmistificar isso aí. (Clara)

Nos dois fragmentos, nota-se a importância do respeito, mas o que expressam como “complicado” é o limite em que pode haver a necessidade de uma intervenção alopática. É para intervir? Quando intervir? É para desmistificar? Até que ponto? Notam-se aí questionamentos que devem estar presentes no pensamento dos internos, fazendo parte desse conflito que aflora no contato direto durante o Internato Rural.

Outro fator que faz com que os estudantes achem que pode ser complicada essa relação é o já comentado modo de pensar biomédico aplicado ao uso de chás ou plantas, que são encaradas como uma *substância* que a pessoa ingere. Nesse caso, o raciocínio gira em torno das consequências desse fato, relacionadas a dosagem e efeitos tóxicos na mesma linha de pensamento que uma medicação sintética.

Não é diferente, os nossos pacientes também pelo que a gente viu também fazem. É um tanto perigoso isso, porque a gente que não é leigo sabe que você tomar uma substância que você não sabe pra que ela serve, como ela age exatamente, é uma faca de dois gumes.. Pode fazer bem, pode fazer mal. Tipo... é meio complicado

isso, porque deixa a gente um tanto alerta com isso, com certos medicamentos que às vezes se toma, né? (Valter)

Alguns fragmentos mostram uma relação mais conflituosa com as diferentes concepções, com certa dificuldade em aceitar posições que não sejam as estabelecidas pela ciência biomédica.

Em relação a saúde foi isso, esse choque... Que eu não gosto de chá, eu não gosto. Isso eu não incentivo. Assim, se a pessoa vir me falar, eu não vou contra ela, mas assim, eu não vou falar “ah, continua tomando que faz bem, e não toma a medicação”. Pessoalmente, eu sou contra. (Clara)

Aí a cultura, o que eu me deparei foi essa: a questão da amamentação... que eu fui explicar a amamentação e a pessoa falar que o arroteo no peito fazia com que ele ficasse inflamado, e tal... teve alguns conflitos, a minha cultura com a cultura local, né. [...] mas assim, contornáveis assim. Todos contornáveis, eu acho. (Clara)

[...] tentar colocar na cabeça do indivíduo, tentar romper a cultura do indivíduo pra que ele realmente consiga absorver isso. (Pedro)

O interno que narra abaixo identifica também o conflito, mas nesse caso ele parece acontecer no seu processo de pensamento e reflexão, pois ele assume as duas perspectivas dos saberes e práticas, uma pelo aprendizado na família e outro pela formação acadêmica.

É um conflito diário entre o conhecimento popular, o conhecimento que eu acabei tendo contato com os meus avós, com as pessoas mais antigas, e agora o conhecimento que eu adquiri durante a minha formação acadêmica, e que eu vou continuar exercendo também essa parte a pesquisa científica também. Vai sempre existir esse conflito e eu vou tentar fazer a melhor forma de aproximar os dois. (Noel)

O grupo de trechos abaixo representa um momento de exercício da dialética em um dos grupos focais realizados no próprio local de estágio ao final do Internato Rural, tendo como objeto esse encontro de culturas que viveram naquele contexto. Ele por si só já se constitui numa amostra das reflexões suscitadas pelos fragmentos selecionados para esse capítulo, e pela representatividade dos aspectos abordados nesta pesquisa sobre o encontro entre as culturas, mereceu ser reproduzido na íntegra abaixo. O debate inicia num tom conciliador, explicitando a origem dos medicamentos nos artifícios da natureza e a possibilidade de validação científica, passa por um momento de contraponto do perigo de uma prática não segura, volta ao movimento inicial com argumentos ligados às crenças e costumes, a fé e a psicologia, sofre um novo contraponto baseado na possibilidade de complicações e desemboca, por fim, numa ideia de que deve haver respeito aos saberes e práticas locais e acrescentar os procedimentos necessários segundo a concepção biomédica: “a nossa parte científica”.

Nei - Porque existe pesquisa ensinando desses produtos naturais e a gente sabe que a maioria.. grande parte, acredito, dos medicamentos sintéticos, farmacológicos... eles vêm da natureza e foram os índios que foram os primeiros a utilizar. A gente às vezes peca por isso, achando que aquilo não tem eficácia, mas se você fizer uma pesquisa em cima, você vai descobrir que sim, só que em pequena concentração, por isso que pode ser substituído pelo medicamento farmacológico.

Clara - Como eu não tenho tempo pra fazer pesquisa, aí eu não tento incentivar. Se a pessoa fala eu digo: “Não, mas tem que tomar o medicamento, essa doença não tem cura”. Principalmente Hipertensão que foi o nosso metiê. Hipertensão. “Olha, a pressão alta é uma doença silenciosa...” Tentar explicar numa linguagem, tentar fazer uma linguagem fácil. Olha, a pressão alta é uma doença que... Então assim: “Se a senhora quiser tomar, mas assim o que eu... Essa medicação, assim, são nos horários. Olha só, a que horas a senhora acorda?” Pra tentar arranjar o horário melhor pra ela, a posologia no caso... Mas assim, eu não incentivava nada de chá, nem nada. Que eu não gosto tanto disso...

Alcione - E assim, e até hoje na verdade, ele tem... Ele vive desses remédios ainda. Agora, depois que eu já conheço um pouquinho, já sei que eu falo pra ele: “Ah, minha filha, mas eu já fui no médico, não sei o que... Já tomei, não me dou com essas coisas não, isso me faz é mal. Quando eu tomo isso aqui, isso sim me faz bem.”. Aí eu não sei. Eu acho que muitas vezes é psicológico

Alcione - [...] que afetou tanto o psicológico dele: “Que eu vou ficar bom com o lambedor”, que acabou ficando bom. Eu acho que acontece mais ou menos dessa forma, pelo menos é o que eu vivencio com o meu pai.

Clara - É porque a gente tem que ter cuidado. Porque assim, se a gente chegar e incentivar isso, aí o paciente chega lá com a gente já sem o que poder fazer. Então assim, por isso que eu não tenho que incentivar isso, tomar chá. Se a pessoa toma eu vou respeitar, eu não falo para ela tomar. Eu não falo...

Nei - Mas a ideia é essa, a ideia é respeitar a posição dele, a crença, a cultura...

Alcione - E acrescentar o que tem que ser feito.

Nei - E acrescentar a nossa parte que é a nossa parte científica.

É interessante notar, nesse diálogo do grupo focal e ao longo desta seção, que mesmo nas opiniões de contraponto à postura conciliativa, o respeito à cultura local sempre apareceu como atitude que o médico deve desenvolver. O fato de estar inserido no contexto dessa população, embora não seja fator decisivo, pode influenciar no desenvolvimento desses pensamentos. Apesar da abertura ou não para outras perspectivas diferentes da biomedicina já seja uma concepção formada antes mesmo da faculdade, ela pode ser marcadamente influenciada no decorrer desta, podendo reforçar o pensamento anterior, ou trazer novos elementos. O Internato Rural parece favorecer um alargamento de pensamento sobre a medicina.

É importante também, nesta análise, colocar algo do olhar do professor, com base nas entrevistas realizadas. Para eles, esse diálogo é desafiador. Em sua narrativa, o professor admite que a preparação dos estudantes para lidar com o encontro entre as culturas popular e

biomédica nesse espaço público – ainda é algo que precisa melhorar. E talvez possa contar com ajuda de profissionais de outras áreas como as ciências sociais e humanas. Mesmo assim, fazem o que podem para que haja uma abertura do estudante ao aprendizado da cultura popular.

É desafiador pra nós como docentes, porque a gente não tem como lidar com isso, não tem como preparar um aluno pra uma situação dessa. E eles vão ter que dar conta disso no dia a dia lá, né? Mas o que a gente tenta fazer aqui é que eles ingressem no município com o mínimo de preconceito possível, aversão... A gente tenta diminuir essa carga de estresse, essa reatividade negativa em relação aos povos do interior, aos municípios do interior porque tem muito preconceito... (Alfredo - docente)

[...] é uma competência que a gente se exige... mas que, conversando agora contigo, eu acho que a gente pouco também prepara esse aluno. Porque isso não é uma responsabilidade do Internato Rural só, preparar esse aluno. As ciências humanas deveriam estar aqui também, ajudando a gente desde o início, né? Antropologia, Sociologia, Ciência Humanas deveriam estar mais presentes dentro da grade desses meninos. Então, chega no último ano, a gente também tem que dar conta desses componentes sociais, antropológicos, aí é fogo! Mas a gente faz um esforço grande, às vezes ombro a ombro, conversando com aqueles que a gente vê que tem mais resistência. (Alfredo - docente)

Esse contato com medicina tradicional e o diálogo entre os saberes e práticas talvez seja um dos fatos mais ricos e marcantes do Internato Rural da Amazônia. Não que seja exclusivo da região, mas a diferença entre os contextos de mundo, de acesso ao sistema de saúde e da diversidade de concepções e ações torna a experiência única, com uma grande potencialidade nas relações de ensino e aprendizagem. A influência indígena na constituição histórica da população, a distância dos grandes centros e a miscigenação de povos na formação um mosaico cultural com uma identidade própria, ainda relativamente desconhecida (ou ignorada) pela medicina hegemônica, faz com que esse diálogo seja necessário ainda no âmbito de graduação.

A vivência dos estudantes com essa prática ao longo do Internato Rural pode ser capaz de suscitar o pensamento reflexivo sobre o que representa as práticas da medicina tradicional para as pessoas que lá habitam; da mesma forma, o que representa a biomedicina para a cultura médica. Tanto o processo de ação como o de pensamento não são livres de conflito, já que eles se manifestam internamente, nessa conversa consigo mesmo (ARENDDT, 1995), e nas relações que temos com as pessoas da localidade. Esse diálogo é impregnado com esse movimento que em momentos chega à conciliação, e em outros à ruptura. Rozemberg (2007) afirma que existem novas configurações decorrentes de um processo de abertura da comunidade científica que podem favorecer o diálogo, mas que ainda são insuficientes para

falar em integração. O desafio é que se “mudem os refletores de lugar” numa possível nova forma de iluminar a realidade.

A oportunidade de o estudante passar por esse dilema naquele contexto, ainda antes de se tornar médico, representa um momento único para o debate sobre esse conflito que eles vivem. Nesse ponto Arendt (2009) foi magistral: a responsabilidade que temos com o mundo em que vivemos é a manifestada na responsabilidade que temos com a educação dos mais jovens como professores. Não podemos nos eximir de problematizar essas questões cruciais do mundo em que vivemos, na formação de profissionais que vão lidar com esse mundo. Se somos responsáveis com o mundo, temos a obrigação de apresentar e debater as questões principais que o constituem. Para a medicina, o diálogo entre culturas é uma delas, não somente para o interior, mas para todos os momentos e todos os cenários de seu exercício.

2.2.3 Reconhecendo e reafirmando a pluralidade de culturas no Internato Rural

A partir do que vimos no item anterior, em como se manifesta a fronteira de saberes e práticas ligados ao contato com a medicina tradicional nas narrativas dos estudantes, podemos então verificar aqui pensamentos advindos dessa experiência do internato rural, que valorizam e reconhecem a pluralidade de culturas e a importância de outras práticas na medicina como manifestação dessa pluralidade.

Uma das coisas de que Hannah Arendt se ocupou em seus escritos e elaborações sobre a política desde *A origem do totalitarismo* foi a gênese de uma sociedade de massas. Em sua análise dos atributos da *vida activa*, em *A condição humana*, ela nos mostra como a dimensão da *ação* foi perdendo valor ao longo da modernidade, e fomos nos restringindo à perspectiva do *labor* para nos manter vivos e da *fabricação (trabalho)* para produzirmos nossos objetos, inclusive os próprios saberes a partir da ciência moderna (ALMEIDA, 2011). Segundo Arendt, o pressuposto para a ação é a constituição de um espaço público onde nós, homens, como iguais *em nossa pluralidade*, exercemos a liberdade em nossas palavras e gestos.

A partir desses pressupostos de Arendt sobre a pluralidade, podemos assumir que uma das funções da educação seria fazer emergir o reconhecimento dessa pluralidade no mundo apresentado ao estudante. O que queremos ressaltar nesta seção é a construção dessa possibilidade concreta no contexto do Internato Rural, onde as diferenças de concepções e práticas se evidenciam mais claramente, trazendo a pluralidade para o centro da reflexão. É um pouco do que se pode observar nas narrativas que se seguem, ainda sobre a questão do encontro entre os saberes e práticas.

Cada um tem uma crença, né? Cada um tem algo que na medicina acho que não é nada diferente... Ainda mais a gente que vive num Estado, também num País tão multicultural, tão diversificado... Muito cultural. E aqui o nosso Estado é um povo de várias etnias, várias civilizações, eu acho que realmente deve ser respeitado. (Bira)

A gente vê isso... que tem essas diferenças culturais, seja pela questão de isolamento, questões financeiras, o próprio credo, as próprias crenças locais. A gente acaba mudando e dando a importância que a gente tem que conhecer o outro, não tem como a gente praticar a medicina sem conhecer o outro (Ismael - docente)

Nos fragmentos acima, tanto o interno quanto o professor refletem sobre a pluralidade em que vivemos no país e na região amazônica, ressaltando que na medicina não é diferente. Como profissão que tem seu domínio na ação, esta deve lidar com a pluralidade de crenças, concepções, atitudes e pessoas, inclusive dos próprios médicos. Para os internos, não há como praticar a medicina sem conhecer o outro, sem reconhecer a pluralidade do povo.

O docente que narrou refletiu sobre sua própria vivência no Internato Rural, falando de mudanças, de valorização do outro e de suas ações, numa manifestação dessa pluralidade cultural que tem suas raízes em vários aspectos de vida. Seguindo nessa mesma linha, o fragmento abaixo evidencia a percepção que o estudante teve ao longo do Internato Rural, da importância de um olhar mais sensível para outros saberes e práticas, parecendo ser a primeira vez que pode refletir sobre isso a partir de uma experiência pessoal no exercício de sua profissão.

Mas foi a primeira vez que eu tive contato com uma experiência assim, que na capital não chega ser tão presente isso. E daí eu percebo a necessidade de ter esse olhar um pouco mais sensível pra as outras crenças, pra os outros saberes pra poder associar as suas condutas. (Almir)

Desse olhar de mundo sob a ótica da pluralidade, a mudança de paradigma se alicerça na compreensão do ponto de vista do outro e no respeito à pluralidade de saberes e práticas, mesmo que sejam contrárias à posição do interno. Nessa perspectiva, a prática médica se aproxima da concepção arendtiana de política.⁶⁴

⁶⁴ Longe de querermos chegar aqui no sentido exato que Arendt dá ao termo, que mereceu um livro inteiro (obra póstuma) para a reunião de escritos específicos (*O que é política?*, Ed. Bertand, 2011), é importante marcar que a concepção de política em Hannah Arendt pressupõe o encontro entre homens (pluralidade), como iguais em sua singularidade, em ação no espaço público. Está intimamente ligado ao que ela chama de liberdade, que de modo algum se assemelha ao livre-arbítrio. Para ela, “a liberdade, que só raramente – em épocas de crise ou revolução - se torna alvo direto da política, é na verdade o motivo por que os homens convivem politicamente organizados. Sem ela, a vida política como tal seria destruída de significado. A *raison d'être* da política é a liberdade, e seu domínio de experiência é a ação.” (ARENDR, 2004, p. 192)

Cada cultura a gente sempre procura valorizar e compreender. A gente não está ali para mudar a cultura ou criticar, a gente tem que respeitar a cultura de cada povo. (Marisa)

Eu tenho que respeitar... Às vezes, mesmo sendo contra o que eu penso, eu tenho que respeitar. Então assim, aprender a ter paciência, assim, desenvolver mais essa questão. E tentar conversar, assim, de uma maneira a não me impor de forma alguma... (Clara)

Alguns fragmentos chegam até o que podemos chamar de “reafirmação da ideia de pluralidade”, na medida em que não apenas valorizam, mas recomendam a utilização de outros tipos de práticas em alguns casos.

Acho muito bom quem toma Copaíba para infecção de garganta. Acho muito bom. Andiroba também, acho excelente anti-inflamatório, se alguém quiser fazer massagem de Andiroba eu recomendo, é muito bom. (Adoniran)

Tem um chá que o pessoal toma pra diabetes que é o Pata de Vaca. Não tenho nada contra o cara tomar pata de vaca, o que eu quero é que ele continue tomando o remédio que a gente passa aqui do hospital, mas não tenho nada contra o remédio caseiro, acho até bom. Eu até mesmo usei muito remédio caseiro. (Adoniran)

Na narrativa acima, o interno mostra seu objetivo de fazer com que o paciente tome a medicação prescrita, mas não vê problemas, recomenda e até já utilizou outras práticas quando estava doente. Essa perspectiva reafirmadora representa o rompimento com a possibilidade de uma prática uniformizadora. Na medida em que valorizamos sua existência, nos recusamos a aceitar que a padronização de condutas que desconsidera a pluralidade e embota o pensamento seja a linha de atuação da medicina. Se podemos proporcionar aos estudantes de Medicina (aqueles que são novos nesse mundo) o reconhecimento da pluralidade, possivelmente estamos ajudando a construir uma prática médica diferente no futuro.

Para essa professora, as experiências do itinerário formativo que explicitam e discutem a pluralidade de saberes e práticas fazem a diferença nesse processo de valoração que pode chegar à ideia de reafirmação.

[...] o fato de eles estarem fazendo desde o início o trabalho em comunidade na interação comunitária faz muita diferença para que eles valorizem o saber popular. (Carmem - docente)

Essa atitude que chamamos aqui de “reafirmação da ideia de pluralidade de saberes e práticas” não está apenas na admissão de sua existência, mas também no reconhecimento de seus resultados concretos em melhorar a saúde da população. Alguns internos que foram entrevistados presenciaram em seu estágio no Internato Rural situações de pessoas que

melhoraram ao utilizar plantas medicinais ou outras práticas, reagindo com certa surpresa a esse fato.

E esse paciente ele acabou tomando o famoso chá de pedra que é um chá feito em Alter do Chão, que também combate as questões urológicas de litíase renal. Ele fez o tratamento por um mês, e esse cálculo renal ele acabou sumindo. (Antônio)

Eles costumam usar remédios caseiros, ervas... E, por isso que justamente o Dr. Otávio [nome fictício] está fazendo o mestrado dele em recursos naturais, pra tentar explorar as propriedades das substâncias provenientes das plantas pra que ele use no atendimento dele. Porque ele acredita que isso vai até facilitar a adesão dos pacientes. Já que aqui é muito... É cultural as pessoas usarem plantas medicinais, chás, ervas pro tratamento das enfermidades. E é até uma surpresa porque muitas vezes acaba dando certo. Por exemplo, a pessoa usa babosa, por exemplo, como um creme pra pele. (Jorge)

Eu já utilizei as ervas, as medicações populares, eu já participei, já precisei, já fui digamos no rezador, no benzedor, no curandeiro, no puxador. E, assim, tudo isso é um conhecimento popular, mas que a gente acaba que hoje em dia está cada vez mais validando esse conhecimento. É difícil a gente pegar e refutar uma prática popular assim, de dizer que essa prática está totalmente errada. Não, em algum aspecto, ou em todos os aspectos, a prática estava correta mesmo... Então as pessoas faziam uso daquilo de uma forma empírica, mas que hoje em dia cientificamente a gente está comprovando. (Noel)

Nos últimos dois fragmentos, os internos reconhecem os resultados positivos e apontam para a possibilidade de comprovação científica, numa necessidade de legitimação da prática através do discurso compatível com o pensamento hegemônico. No primeiro, o interno teve a possibilidade de estagiar com um preceptor que incorpora a utilização de plantas medicinais às suas próprias práticas como médico, desejando estudar as substâncias.

Para problematizar essas narrativas, é interessante trazer duas perspectivas... A primeira é a já debatida apropriação, pela medicina científica, para “comprovar a ação” das plantas, como se a comprovação não pudesse acontecer em uma pessoa, ou em pessoas considerando sua singularidade, seja pela ação do princípio ativo ou por outro aspecto de sua utilização – ex: eficácia simbólica (LÉVI-STRAUSS, 1967). Qualquer ação que fazemos, seja uma reza, tomar um chá ou ingerir uma pílula, é revestida de uma carga simbólica que é diferente em cada cultura e cada pessoa. Sendo assim, uma prática pode ser eficaz para uma pessoa ou coletividade, mesmo não havendo sua comprovação por pesquisas científicas.

Outra questão é a possibilidade de produção de novos medicamentos a partir de substâncias extraídas das plantas, que aparece no segundo fragmento acima. Como dito anteriormente, vários medicamentos alopáticos utilizados atualmente são provenientes de plantas ou outros artifícios da natureza (ex: fungos). Segundo Santos (2000), a OMS calcula que mais de 70% dos medicamentos derivados de plantas se valeram dos saberes populares, revelando indícios de propriedades medicinais. Além disso, o autor afirma que 60% das

plantas do planeta estão catalogadas, representando cerca de 365 mil espécies, e que um em cada quatro produtos vendidos é fabricado a partir de plantas das florestas tropicais (SANTOS, 2000). Segundo essa estimativa, ainda existe um número expressivo de plantas ainda não estudadas, com destaque para a flora da Amazônia, que é uma das regiões com maior biodiversidade do mundo. Dessas plantas ainda podem ser encontradas substâncias que podem mudar o panorama do tratamento de agravos de saúde, revertendo em real benefício da coletividade em geral.

Nota-se, na análise desses dois aspectos, que a comprovação pode ter significado para uma pessoa (“eu tomei o chá e melhorei!”) e pode ainda reverter em grande benefício coletivo quando estudado seu princípio ativo através de pesquisas. Essas possibilidades podem ser identificadas pelos estudantes ao longo do Internato Rural, podendo enriquecer sua futura prática médica com esse olhar respeitoso e ao mesmo tempo curioso sobre as práticas distintas da biomedicina.

A manifestação da pluralidade é reconhecida pelos internos como uma aprendizagem, identificando outros mediadores e cenários para seu crescimento como médico. Trata-se de olhares diferentes de outras pessoas e outras culturas, que podem ser capazes de afirmar essa pluralidade para eles mesmos.

E às vezes o paciente te ensina a lançar um olhar diferente sobre um problema que a gente não sabe. Aí uma pessoa que assina só o próprio nome te ensina a olhar seu problema com olhos diferentes. E você se surpreende ao ver que ele estava certo. Quem me ensinou foi o cara que fica pescando todo dia lá na beira do rio Madeira. Isso pra mim foi muito massa, gostei muito. Se Deus quiser um dia eu volto pra passar uma temporada em Igarapu de novo. (João)

No fragmento abaixo, a interna sente que o aprendizado da forma de pensar da pessoa do interior pode ajudar inclusive no exercício da medicina na capital, já que em muitas ocasiões essas pessoas também são atendidos em hospitais e clínicas da cidade grande. Sem esse aprendizado, corre-se o risco de a pessoa do interior ser considerada “mais um”, numa maneira padronizada de entender e tratar as pessoas. Nas narrativas, em alguns momentos essa questão apareceu como um diferencial do Internato Rural, evidenciando diferenças e fazendo com que haja compreensão do mundo e da forma de pensar desse povo.

E no momento que a gente se desloca de Manaus e vem para o interior só para trabalhar com essa população nesse interior, a gente acaba que a gente vive a cultura deles e a gente aprende muito... E até quando chegar alguém daqui lá em Manaus, se eu atender em Manaus ou em algum lugar, eu vou compreender o porque que ela acha dessa forma, porque ela pensa mais ou menos assim, a gente tem melhor acesso também. (Marisa)

A fala de alguns professores vai na mesma linha da importância desse aprendizado para as orientações e recomendações médicas, utilizando exemplos concretos da diferença que faz o conhecimento da cultura da população do interior. Eles ressaltam a importância de aprender com a população para a aproximação dos mundos.

Nós temos que aprender com eles. A pessoa chegava e tinha as histórias. Teve aqui em Coari uma história, um negócio folclórico aqui. Veio um paciente do interior e socaram ele numa enfermaria. Aí ele estava já uma semana sem pedir água pra beber, né? Aí foram perguntar pra ele? “Você está aqui há uma semana e não pede água pra beber. Tu bebes água?” “Bebo.”. “Aonde?” Aí ele foi no vaso sanitário e disse: “Dessa água aqui, branquinha.” Era o vaso sanitário. (Ernesto - docente)

“Vocês vão para o interior, vocês procuram se aproximar dos pegadores”. “O que é isso?” “Os pegadores. Os caras que botam o osso no lugar”. “Isso não existe”. Eu falei: “Meu filho, então você vai perguntar”. Aí: “Eu quero”. “Então já que tu vai, procura os pegadores, fica perto, aprende com eles, vê como que é”. (Clementina - docente)

No primeiro fragmento, o professor dá exemplo de uma utilização inesperada de um objeto que é bem conhecido na perspectiva do médico, mas que era considerado de maneira bem distinta pelo paciente. “Uma água clarinha dessa, só pode servir para beber...” No segundo, a professora considera e aconselha o aprendizado com alguém que tem a sabedoria de anos de prática para o futuro médico. É possível isso ao longo da graduação em Medicina? Se houver essa possibilidade, podemos pensar numa prática médica que tenha a noção de pluralidade em seu centro, que considere as pessoas como diferentes e a existência de diversas formas de pensar, e por consequência, de entender seu processo de adoecer. Lidar com essas diferenças e respeitar as diferentes concepções e práticas é reafirmar a pluralidade na medicina, que enfim representa a possibilidade concreta de mudança de paradigma.

A fronteira de saberes e práticas é uma das questões centrais da medicina, representando importante desafio no atual contexto de mudanças de paradigma nas ciências, com reflexos na prática médica. As ações que compõem os itinerários formativos dos médicos, desde as aspirações de entrar em um curso de graduação até as ações de educação permanente, têm a possibilidade de contribuir para a construção de uma nova prática médica a partir de experiências e reflexões que tenham oportunidade de transitar nessa fronteira.

As questões que emergem das experiências de Internato Rural na Amazônia são constituídas e constituintes dessa fronteira. Embora não seja apenas no Internato Rural que se reflita sobre essas questões, nem tampouco serem essas direcionadas para esse contexto, trata-se de um espaço privilegiado para que haja esse debate e reflexão de maneira mais intensa. A perplexidade do estudante frente às situações que vivenciam pode levar a certo deslocamento dos saberes e valores supostamente cristalizados, criando uma abertura maior para esse

trânsito pela fronteira, podendo levar a um aprendizado que será importante para o futuro médico em qualquer contexto em que ele atuar.

2.3 A responsabilidade como fronteira

Alguns estudos têm evidenciado que, ao longo do curso de Medicina, as motivações e atitudes dos estudantes perante a prática médica sofrem alterações que podem ser determinantes no modo com que vão se inserir na profissão e na forma com que lidam com o paciente (BECKER, 1961; REZLER, 1974). O contato com a dor, sofrimento e morte (MIRANDA et al., 2012), sem um suporte psicológico adequado e reflexão sobre os sentimentos frente a essas situações, pode levar à construção de mecanismos de defesa que aparecem como relativa frieza, impaciência, distanciamento e desinteresse do médico pelos problemas dos pacientes. Stewart e Brown (2010) ressaltam que por gerações os estudantes de Medicina foram ensinados a não se envolver. Para os autores, o preço que se paga por esse distanciamento é a formação de “conchas protetoras que suprimem os sentimentos”, criando dificuldades de relacionamento com os pacientes, com a equipe e os colegas de profissão.

Outros autores relacionam essa mudança de atitudes a aspectos curriculares como o modelo pedagógico e o cenário de aprendizagem. A predominância de aulas teóricas no modelo tradicional, centrado no professor e tendo o aluno passivo como se fosse um “receptáculo” do conhecimento pode dificultar a construção de processos críticos-reflexivos sobre a prática, favorecendo concepções e práticas de tendência uniformizadora. Da mesma forma, o ensino centrado no contexto hospitalar pode amplificar o autoritarismo médico e o desenvolvimento de atitudes que colocam o paciente como objeto de intervenção (TESSER, 2009).

O Internato Rural pode ser encarado, numa perspectiva meramente linear, como uma das passagens do itinerário formativo em que o estudante deve “cumprir” para chegar a seu objetivo que é se tornar médico. Por outro lado, quando consideramos a experiência vivida no período de estágio, ele representa um momento em que várias questões do itinerário formativo são colocadas em análise, num contexto diferenciado onde o estudante não se encontra totalmente “protegido” pela instituição ou pela figura do professor, adentrando o espaço público, onde suas palavras e gestos tem efetiva visibilidade. Ali não há a hierarquia médica em que estão inseridos ao atuar no hospital, bem demonstrada por Becker (1961) em sua etnografia dos estudantes de Medicina. Ali ele exerce sua ação política com os pacientes, com a equipe e seus colegas. As narrativas demonstram que o Internato Rural é uma experiência

marcante, em que os estudantes (quase médicos) têm a oportunidade de, no encontro com o outro, refletirem sobre sua própria atuação como profissional. E não somente no exercício do raciocínio clínico, mas sobretudo nas suas atitudes frente a um mundo que não era tão claro para eles, e de saberes e práticas distintos que não eram tão intensamente presentes nos outros momentos de formação.

Dessa reflexão advém a noção de responsabilidade, que representa o agir no mundo como médicos, o *quem* de Hannah Arendt, concebido a partir das palavras e dos gestos. São essas questões que fazem da responsabilidade uma fronteira, que é expressão do domínio do espírito (ARENDR, 1995), mais propriamente da capacidade de pensar e julgar, mas que tem sua aparência nas atitudes frente às situações que se apresentam, e que expressam princípios e valores dos médicos sobre seu ofício.

Este item se dedica a explicitar e debater as questões que emergiram das narrativas sobre o desenvolvimento de virtudes na medicina que estão de certa forma ligados à experiência do Internato Rural, considerando a noção de responsabilidade como *ethos* das práticas de cuidado (STELET; PINHEIRO, 2011). Essa “ligação” deve ser interpretada com cautela, pois não se quer aqui caracterizar uma expressão de causalidade, pois, como nos diz Pessoti (1996), nossos valores e atitudes são construídos ao longo de nossas vidas. Porém, como esse autor nos ensina, eles são construídos e reconstruídos a partir das novas experiências que vivemos, num processo de introjeção que acontece na relação destas com o ego constituído anteriormente (ROGERS, 1978). Sendo assim, considera-se o Internato Rural como um momento interessante em que esses processos internos ao espírito podem se concretizar em ações.

2.3.1 A experiência e a responsabilidade

Nessa primeira seção são analisadas questões que emergiram nas narrativas de estudantes e professores que fazem nexos com a relação entre experiência e responsabilidade no Internato Rural. Estas representam aspectos importantes para a formação médica, na medida em que são questões que caracterizam a relação médico-paciente e podem fazer a diferença na construção na maneira de cuidar daquele futuro médico.

Algumas narrativas falam especificamente sobre a importância do pensamento reflexivo sobre as ações que desenvolvem no Internato Rural. São reflexões sobre aspectos positivos e negativos que sua ação pode trazer para a vida das pessoas com quem estão se relacionando de maneira diferenciada, inserida em seu contexto e sendo acolhidos pelas

mesmas. O segundo fragmento aborda essa diferença de contexto, deixando marcada a noção de responsabilidade que emerge de um processo reflexivo. Ele mesmo parece desenvolver a conexão entre reflexão e responsabilidade ao narrar.

[...] você tem que pensar como e que bem isso vai trazer pra o cliente. Isso acaba tornando... isso acaba gerando uma situação de ter que pensar muito melhor em qualquer ação, em qualquer atitude, em qualquer palavra, em qualquer cuidado a se oferecer. (Almir)

Por mais que a realidade, as coisas duras da vida te tirem um pouco daquela sua humanidade, em casa, uma hora ou outra, você vai se pegar pensando em como agiu, por que agiu daquele jeito... consegue fazer uma auto reflexão... Aqui principalmente... o carinho das pessoas com a gente, a receptividade, o jeito que eles olham, o jeito como tratam... Sendo que faltam duas semanas pra eu estar formado, mas a esperança que eles depositam em ti, a confiança é algo assim que toca você... e você se sente na obrigação de conseguir fazer alguma coisa. Tem uma pessoa precisando de você e você tem que estar lá pra fazer algo. É a profissão que eu escolhi, isso que eu quero ser. (João)

O interno faz uma menção à “humanidade” como característica da pessoa e relaciona a diminuição de sua expressão nas ações às “coisas duras da vida”. Podemos pensar que algumas dessas coisas duras para o interno de Medicina estão na sua própria formação, que é marcada pela pressão de cargas horárias extenuantes, conteúdos volumosos, inúmeras provas e relações baseadas em posições hierárquicas em que o estudante representa seu nível mais baixo (BECKER, 1961). E ainda é caracterizada pela proximidade com o sofrimento e morte sem preparação psicológica adequada para lidar com essas importantes questões de seu itinerário formativo. Alguns estudos relacionam o processo de formação a uma espécie de “erosão ética” do estudante de Medicina (SWENSON; ROTHSTEIN, 1996 apud BLASCO, 2002), referindo-se à mudança de atitudes que acontece ao longo do mesmo.

Ainda sobre esse fragmento, o interno fala sobre a importância do processo de reflexão, explicitando o modo como é tratado no interior, provavelmente muito melhor que no hospital universitário, pois é visto como médico pela população da localidade e tratado com gratidão. Ele se refere a esse fato como “algo que toca você”, que o afeta a ponto de “se sentir na obrigação...”. Ou seja, desse processo de sensibilização pode emergir o senso de responsabilidade, que se reflete em atitudes mais humanas na medicina ao lidar com os pacientes.

Uma relação bem parecida de sensibilização transparece no fragmento que se segue, onde o “tocar” foi relacionado à proximidade e vivência da realidade da pessoa que mora no interior em condições mais humildes ligadas à subsistência.

E é uma experiência muito gratificante por conta da proximidade... A gente vive a realidade da pessoa... Eu costumo dizer que as pessoas nessa situação, elas conseguem tocar a gente... Acaba que a gente absorve mais que a própria pessoa. A experiência de estar em contato com pessoas que ainda hoje vivem quase que de subsistência, assim com condições mesmo bem rústicas de vida, acaba enriquecendo muito mais nosso pensamento. É muito gratificante. (Noel)

Nesse fragmento, o interno deixa claro o sentimento positivo que se manifesta ao viver tal situação no Internato Rural, como uma experiência “gratificante”. Foi interessante perceber a maneira como ele se refere à ligação entre a experiência e o processo reflexivo: “acaba enriquecendo muito mais o nosso pensamento”. Esse enriquecimento pode levar a ações mais responsáveis, congruentes com a realidade que o afetou, aproximando a prática médica das pessoas. No Internato Rural isso parece se intensificar.

Outras narrativas também trabalham a noção de pessoa na relação médico-paciente. No primeiro fragmento abaixo, o interno dá um exemplo dessa noção com base na ânsia que sentia de aprender a realizar procedimentos, retratando como o itinerário formativo do estudante de Medicina geralmente tem sua centralidade na técnica. A narrativa do estudante deixa transparecer como a atitude muda quando a pessoa fica no centro do processo.

O que eu queria saber era da facada pra dar ponto, do tiro pra drenar o tórax, do acesso venoso periférico que não deu certo pra passar um acesso venoso central. Aí hoje você já vê... Poxa, aqui é uma *pessoa* que levou um tiro... Não interessa o que ela é, mas é uma *pessoa*... que levou um tiro. Eu sou médico, eu tenho que chegar e fazer o meu papel. Não é só pegar um tubo e colocar no tórax do cara. É chegar, conversar com ele, tranquilizar ele, dizer que ele vai ficar bem, que está no hospital, que tem muitas pessoas pra tratar dele, cuidar... Acho que no momento de desespero é o que a pessoa precisa... de palavras pra acolher. (João)

E realmente às vezes eu sinto que é isso que me leva... que eu gosto de gente... de trabalhar com gente. Então a Dona Sebastiana [nome fictício] é uma senhora que eu conheci de barco por aí, ela trabalha em comunidade indígena há muitos anos, então o discurso dela me encantou muito, muito, muito. Nossa! A gente conversou muita coisa de tanta gente que precisa da nossa ajuda. [...] Parintins deu uma turbinada nessa minha ideia (Angenor)

[...] mas realmente pra trabalhar com esse tipo de público o profissional de saúde tem que gostar de gente, tem que gostar de todas as suas formas, de como eles chegam pra gente, tem que gostar de gente, abraçar as causas dessas pessoas. E cada dia isso martela mais na cabeça. (Angenor)

O que sobrevém da fala desses dois internos é a valorização da palavra e da relação. A partir da narração de sua satisfação em conversar com Dona Sebastiana, enfatizou a necessidade de “gostar de gente” como valor para trabalhar naquele contexto. Em seu discurso, ele utiliza de figuras de linguagem que denotam uma intensificação no ato de pensar sobre sua prática durante o Internato Rural. O estágio deu uma “turbinada na ideia” de trabalhar com gente numa perspectiva relacional, e “martelou a cabeça” sobre a importância

dessa perspectiva para a prática médica. Para eles, o juízo de valor sobre a força da noção de pessoa e da perspectiva relacional em suas atitudes é como se a prática médica ganhasse em significado e tivesse um propósito para a ação.

A questão do vínculo entre médico e paciente/população também apareceu de forma geral nas narrativas dos internos, que, imersos no contexto do paciente, percebem a diferença nessa relação, inclusive se espelhando na prática dos médicos locais. Estes costumam conhecer o paciente, sua inserção na comunidade e a família. Trata-se do que um dos entrevistados designou de “lado romântico da medicina”, o que pode ter vários sentidos, indo desde uma relação mais afetuosa da prática médica até algo que pouco existe atualmente, ou até algo menos valorizado, numa interpretação mais irônica do discurso. É inegável que no Internato Rural essa proximidade se intensifique em relação aos outros momentos ou estágios do curso, o que traz a possibilidade da vivência de um modo de praticar a medicina que os estudantes ainda não passaram em seu itinerário formativo.

Nas falas abaixo, os internos fazem reflexões sobre a questão do vínculo e da longitudinalidade nas experiências de Internato Rural. Ressaltam o grau de proximidade com o contexto de vida da pessoa, e maior confiança mútua decorrente desse fato.

Nunca viu minha cara antes e vem falar de assuntos íntimos assim... E dali pra diante a gente é o médico daquelas pessoas, não querem mais perder o contato... A Luciana [médica – nome fictício] mesmo estava falando que no começo ela teve que dar o número dela pra vários pacientes pra ligarem, que eles queriam conversar e tal... Eu: “Caraca!” Aqui houve isso. Não tem lá. Em Manaus o cara vai lá, tem a consulta, acabou, acabou. Não tem mais nada depois dali, né? A gente fica com a ficha dele pra ficar lendo a história, os exames, os resultados, se alterou, se não alterou. Aqui é diferente, você acabou o atendimento, aí você vai, anda um pouco, toma um tacacá na banca da mulher ali que tu acabou de atender, aí a gente já conversa outras coisas e realmente entra na vida delas, de todas elas... (Angenor)

A relação... ela vai se tornando cada vez mais íntima, e digamos, no terceiro atendimento a gente vê que o grau de confiança ele é altíssimo, não tem mais o que subir o grau confiança, e o interno ele tem essa necessidade porque ele ainda não é médico, e ele tem essa necessidade que o paciente confie nele. Então o Internato Rural ele propicia essa experiência, da gente ir ganhando confiança com o paciente e ganhando confiança também na nossa prática médica. (Noel)

[...] que a gente tem que respeitar como paciente, mas meio como um amigo assim. Logo na primeira consulta não vai ser uma amizade, digamos assim. Mas a gente conseguir ter uma relação mais próxima com o paciente... aí as coisas andam bem, o paciente adere melhor o tratamento, ele sabe que eu estou preocupado com ele... de tomar o medicamento, então ele vai tomar... (Arlindo)

Os três fragmentos enfatizam aspectos complementares, mas distintos da noção de vínculo. No primeiro fragmento, há uma associação do contexto do interior com a possibilidade de ter contato mais estreito e duradouro com o paciente, considerando a capital

um local onde os encontros são mais pontuais. Embora o tamanho da localidade influencie numa maior proximidade, não garante e nem é o único (ou principal) aspecto ligado ao vínculo. Este diz respeito mais a uma relação acolhedora e a disponibilidade de escuta por parte do médico, possibilitando maior confiança (STEWART; BROWN, 2010). Esse tipo de relação pode ocorrer em todas as localidades ou níveis do sistema, sendo ponto central na Atenção Primária, independentemente de ser em Manaus ou na área rural de Borba. O fato de ter feito essa identificação parece indicar que o itinerário formativo dos estudantes é realizado predominantemente em serviços em que o vínculo e a longitudinalidade não são enfatizados.

No segundo, o interno faz meio que uma cronologia da formação do vínculo, e faz uma relação entre o ganho da confiança com o paciente e o ganho próprio de confiança como médico ao longo do Internato Rural. Muito interessante esse processo, já que o estágio de consolidação de sua atuação na profissão está ligada à possibilidade de formação de vínculos com os pacientes. Essa sincronia de construção da maturidade, como profissional e na relação com o paciente, pode levá-los a atitudes mais condizentes com uma prática mais humana da Medicina.

Várias foram as falas que se referiram a um processo de amadurecimento do estudante com a realização da experiência do Internato Rural, tanto profissional quanto pessoal. Ao analisar a prática profissional, reconhecem que nem sempre a melhor conduta a ser tomada é aquela que aprendem nos livros ou no contexto do hospital, que o que está na literatura é diferente na prática, e que o modo de pensar e tratar as pessoas está relacionado também com o processo de cuidado. Além disso, começam a se ver como médicos e a adquirir um perfil próprio de prática. Por outro lado, como pessoas, têm a oportunidade de sentir a importância do modo como está se relacionando com o outro, do respeito ao pensamento e a posição dos mesmos e da flexibilidade, principalmente em relação aos colegas de estágio.

Aí você fica nessa limitação assim... então isso te amadurece muito... Assim, leva a pensar em muita coisa do ser humano. E você começa a refletir, vê que aquele seu conhecimento médico assim, ele tem que ser adaptável pro teu paciente. Não adianta você passar a melhor medicação do mundo (Jovelina)

[...] eu penso pra uma pessoa que nunca saiu de casa, chegar, ter que se virar, ter que conviver com outras pessoas diferentes, gera muito conflito. E assim, você sai amadurecido... (Clara)

É um ganho como pessoa, como profissional imensurável, insubstituível, que se talvez... acho que nós mencionamos isso em algum momento das nossas discussões... Mas que você terminar a faculdade sem fazer o Internato Rural é quase você não terminar o curso... (Orlando)

Os primeiros fragmentos representam bem o amadurecimento nessas duas dimensões relacionadas à experiência que os internos trazem em sua narrativa. Eles permitem visualizar a conexão entre esse “choque” de realidades e a relativização dos saberes instituídos, conforme o contexto em que vivem com um processo de amadurecimento pessoal e profissional. Nessa relação se manifesta mais um dos possíveis nexos entre essas três dimensões – mundo, saberes e práticas e responsabilidade – que caracteriza o aprendizado na experiência do Internato Rural e a torna marcante. O amadurecimento retrata também a concepção de Hannah Arendt (2009) sobre a passagem de um contexto pré-político para o político, analisado no item 1.2.2, que diz respeito a esse momento da vida e da formação do estudante. No mesmo momento em que eles ganham autonomia para sua ação na prática médica, eles também se constituem enquanto pessoas adultas no espaço público. Trata-se então de um momento crucial de sua vida, onde experiências como a do Internato Rural podem contribuir para que esse processo tenha sua base na responsabilidade com o mundo e com as pessoas.

Barbosa (1995), em seu estudo sobre o Internato Rural na UFMG, também analisou narrativas em que os alunos referem um processo de amadurecimento durante o estágio, principalmente pelo fato de, frente à vivência da realidade de saúde, “aprenderem sozinhos” ao “experimentar a responsabilidade para com outras pessoas” (p. 48). Um dos estudantes entrevistados pela autora relata que eles puderam “constatar o quanto o ser humano é um ser político e a importância dessa dimensão para o exercício futuro de nossa profissão” (p. 49). Essas passagens são bastante congruentes com o referido no presente trabalho, o que torna mais consistente esse aspecto no que diz respeito às características do aprendizado nas experiências de Internato Rural.

Os professores também reconhecem esse amadurecimento e ressaltam sua importância para a formação humanística. Os fragmentos abaixo demonstram sua opinião de que o estágio representa uma boa oportunidade para mudanças de ser e fazer na medicina, que por vezes observam mais marcadamente em alguns alunos.

[...] com outros dentro de uma casa... com outros nas atividades... isso amadurece, sem dúvida amadurece. Como eles saem daqui e como eles voltam, acho que tu tiveste a oportunidade de presenciar bem isso, é algo muito forte, né? Os meninos vem com uma outra cabeça, um outro movimento... por isso que eu acho que a gente, eles agregam muito valor ao estágio rural. (Alfredo - docente)

[...] que o Internato Rural tem valor. Eu acho que é uma iniciativa importante, é uma iniciativa que dá oportunidade para os alunos aprenderem a ser diferentes, ser de outro jeito, fazer de outro jeito e faz com que eles realmente possam amadurecer enquanto pessoas (Clementina - docente)

[...] vai muito além do aprendizado técnico-teórico da saúde coletiva ou do valor... agrega muito mais, não agrega somente o componente técnico, o estágio rural ele tem um papel de agregar também um componente humano, né? [...] Gera esse tipo de transformação de amadurecimento, eu acho que... é muito mais uma experiência de vida do que uma experiência acadêmica... (Alfredo - docente)

Essas falas dos docentes são muito emblemáticas do que significa o Internato Rural para os estudantes e para eles próprios. O objetivo do estágio, e muitas vezes o que se observa, é que os estudantes voltem “com outra cabeça”, pois os mesmos têm a oportunidade de viver situações diferentes em suas profissões e em suas vidas. Por isso eles caminham nas fronteiras a todo tempo, e por isso as falas deles são tão intensas. Como diz o professor, trata-se de um momento do itinerário formativo que representa mais que uma experiência acadêmica, mas uma verdadeira “experiência de vida”.

2.3.2 A construção da responsabilidade: o aprendizado de atitudes e valores

Essa experiência, por mais que eu procure palavras, e olhe que eu sou bem criativo com palavras, eu não consigo dimensionar o tamanho. Só sei que me torna mais ser humano, uma experiência para o meu espírito. Algo que não tem como esquecer. (João)

Quando nos referimos a formação integral ou aprendizado do domínio afetivo, sempre nos vem a mente: é possível ensinar ou aprender valores e atitudes? Essa questão tem suscitado debates e teorias nos campos da Pedagogia e da Psicologia há anos, e embora alguns autores como Rogers (1978)⁶⁵ trabalhem mais propriamente sobre essa questão, não pretendo aqui assumir uma resposta definitiva, mas tão somente trabalhar com as premissas de que nossos valores são construídos ao longo da vida conforme as experiências que vivemos, não sendo portanto atributos cristalizados em algum momento de nossa história. Pessotti (1996), ao debater a formação humanística do médico, trabalha com uma concepção bem parecida sobre a importância da experiência nesse desenvolvimento, e aponta que esse aprendizado começa bem antes do ingresso na faculdade de medicina.

Wear e Zarconi (2008) estudaram especificamente essa questão a partir da narrativa de estudantes. Os autores dividiram didaticamente o aprendizado em influências de três fases: fundamentais (ligados a criação e experiências prévias à faculdade), pré-clínicas (início da faculdade) e clínicas (ligados propriamente ao exercício da medicina e ao ambiente da clínica). Na fase que antecede a faculdade se destacam as influências de família e das experiências como viagens ao exterior e a fé religiosa, onde os valores são “instilados”

⁶⁵ Ver debate no item 1.2.6.

conforme a vivência em vários espaços e os encontros que a vida proporciona. No período pré-clínico geralmente são realizados seminários ou leituras sobre a importância de atitudes como compaixão, altruísmo e respeito. Embora alguns estudantes tenham reconhecido a importância desses momentos, outros questionaram dizendo que essas disciplinas não promovem virtudes, mas ao contrário, estimulam repetidamente uma atitude que “parece altruística”. Um dos sujeitos colocou que ele não se sente compassivo porque alguém lhe falou para ser ou porque foi forçado a ler artigos sentimentais. “Eu não sinto que esses artigos ou qualquer outra forma de trabalho escrito tem ajudado a me tornar uma pessoa melhor” (WEAR e ZARCONI, 2008, p. 950). O ambiente acadêmico tem sido descrito como opressivo e baseado na competição, onde a pressão por ir bem nas provas e estar bem colocado no ranking da classe fazem com que haja um clima anti-altruístico entre os estudantes.

No período clínico o papel dos professores e preceptores como modelos/exemplos (*role models*) apareceu com mais força, influenciando tanto positivamente quanto negativamente o desenvolvimento de atitudes como compaixão, altruísmo e respeito pelos estudantes. O ambiente clínico também foi ressaltado como fator dificultador do aprendizado de atitudes, já que o foco do trabalho é predominantemente na doença e não nas pessoas, além da intensidade das tarefas levar ao cansaço físico, o que por vezes prejudica a postura dos estudantes nas relações com as pessoas (WEAR e ZARCONI, 2008). Em suas recomendações, os autores ressaltam a importância do contexto das experiências e das reflexões sobre as mesmas no aprendizado dessas atitudes, considerando como urgente uma “mudança de ares” no ambiente onde a prática médica acontece.

Recuperando a fala do estudante que inicia esta seção, em sua reflexão ele dá pistas do que significou o Internato Rural para ele no que diz respeito à importância da experiência para o espírito. Nessa passagem ele utiliza a palavra “espírito” com um sentido bem próximo à tradução do que Arendt chama de *mind*.⁶⁶ Para ele, por mais que tenha sido difícil explicar em palavras, sua experiência de alguma forma tocou seu espírito a ponto de ele não ter como esquecer, fazendo com que se tornasse mais humano. Essa fala nos desafia mais ainda a buscar os elementos que caracterizam essa suposta humanização, ao mesmo tempo em que dá

⁶⁶ Na nota de tradução da versão em português de *A vida do espírito*, os tradutores tiveram o cuidado de fazer a seguinte observação: “Traduzimos *mind* por ‘espírito’, buscando evitar qualquer aproximação com algum positivismo, mentalismo vulgar ou mesmo com a *philosophy of mind*, vertentes tão distantes do pensamento de Hannah Arendt. Mas neste, como em outros casos, nenhuma solução é plenamente satisfatória, e a dificuldade encontra-se no peso que as camadas sedimentadas de significado exercem igualmente sobre os termos ‘espírito’ e ‘mente’” (ARENDDT, 1995, p. xvii).

fôlego ao desenvolvimento de pesquisas posteriores que pretendam aprofundar na pergunta colocada acima.

O termo “humanização” é bastante utilizado hoje nos órgãos públicos e nas instâncias governamentais, sendo a área da saúde uma das que têm maior acúmulo de debates em torno de seu significado e aplicabilidade no cotidiano das relações. Segundo Rios (2009), sua raiz filosófica está no humanismo, corrente que busca compreender o homem, reconhecendo sua dignidade e valor, e procura criar meios para que as pessoas compreendam-se umas às outras. Geralmente quando se fala em humanização das práticas em saúde, refere-se à evocação de valores humanitários, tais como respeito, solidariedade, compaixão, empatia e outras atitudes desejadas nas relações entre profissionais e pacientes. São “valores morais pensados como juízos sobre as ações humanas que as definem como boas ou más, representando uma determinada visão de mundo em um dado tempo e lugar...” (RIOS, 2009, p. 12).

Stelet e Pinheiro (2011), em sua análise baseada no pensamento arendtiano, falam em virtudes e alertam que acolhimento, vínculo, humanização e cidadania não podem ser apenas jargões do cotidiano das práticas em saúde, mas devem representar um exercício constante de evocar a responsabilidade como elemento virtuoso das ações de saúde, tendo o cuidado como valor.

Agir com responsabilidade, colocada aqui como uma fronteira do campo da ação, pressupõe o desenvolvimento de algumas atitudes congruentes com a ideia de humanização na saúde. Algumas características da maneira de se relacionar e da ação do médico são apontados pelos internos a partir da experiência que viveram no Internato Rural.

Os fragmentos de narrativas que se seguem falam de contribuições do Internato Rural para a possibilidade de se tornar um médico mais humano, mais atencioso, com olhar mais cuidadoso, mais cauteloso, e ouvindo mais o paciente. Especificamente, as falas abaixo ressaltam o aspecto social das pessoas como elemento de reflexão interna.

Isso aqui ensina a gente a ser mais humano, menos mesquinho, a olhar e perceber... olhar pra nossa vida... ver como nossa vida é boa, como eu sou privilegiado, ver o quanto reclamamos... e que falo falo falo, mas no final das contas eu não tinha nada a dizer. (João)

Então acho que está conseguindo formar um pouco mais o meu lado humano assim de poder ver as diferenças, e as diferenças sociais, e as diferenças financeiras, e saber que elas acontecem mesmo, que é real... (Jovelina)

O que transparece dessas falas é que frente à visibilidade e ao reconhecimento da realidade social do outro, os internos se voltam num olhar para si, numa reflexão sobre seus valores como pessoas. E falam em serem mais humanos e menos mesquinhos na vida. Aqui

cabe a lembrança de que muitos dos alunos que ingressam para os cursos de Medicina são de classe social mais alta, e por vezes, têm dificuldades em compreender a desigualdade social no Brasil (FERREIRA et al., 2000). Por isso, talvez essa inserção dos cursos em atividades curriculares e de extensão junto à população mais pobre seja um dos fatores mais relatados que sensibilizam os estudantes ao longo de seu itinerário formativo.

Como o percurso de formação privilegia aspectos mais ligados ao que é assumido como verdade pela ciência, havendo debates mais teóricos ou baseados em dados empíricos sobre pobreza e desigualdade, o aprendizado não vai além do domínio da cognição. Nas experiências junto às comunidades, na Atenção Primária e no Internato Rural, o estudante não somente observa a realidade que se costuma designar nos debates como “modelo zoológico”,⁶⁷ mas são realmente inseridos no cotidiano das equipes e da comunidade. Eles têm então a oportunidade, não só de debater sobre esses aspectos, mas de sentir a situação das pessoas, o que é capaz de “abrir as janelas” para outros valores e outras atitudes. Os fragmentos de narrativa que se seguem vão nesse sentido...

Você chega se achando o sabichão, e de repente, você vê que lá não sabe de nada. Que você sabe porquê está dentro do hospital... O jeito que a pessoa te olha, o jeito que a pessoa te procura... A simplicidade, a sinceridade... Só pelo olhar você já percebe que a pessoa está precisando de ajuda, que precisa de você. Acho que tem mais a ver com a questão da humanidade. De voltar às origens, voltar a ser humano de novo. (João)

Não sei, em alguns momentos, de alguma forma, eles acabam tocando a gente na nossa alma... Que eu digo assim: No que tem de mais humano da gente, então só mesmo sendo humano pra gente conseguir saber a dimensão do que aquilo significa para aquele paciente, e só mesmo a gente sendo humano para gente conseguir ver a melhor forma daquele paciente encarar aquilo, da gente tentar resolver aquilo. Assim, se a gente não tiver humanidade pra aquele momento, a gente não consegue fazer nada, a gente pode fingir que fez alguma coisa, no final das contas não fez nada. (Noel)

Nessas passagens das narrativas, percebe-se a noção do sentir na aprendizagem. No fato de olhar e perceber a necessidade das pessoas e de “ser tocado na alma”, encontra-se a dimensão do afeto que supostamente nos chama à responsabilidade de termos práticas mais humanas na medicina. Mas como os estudantes caracterizaram essa prática mais humana? Nas análises das narrativas que se seguem, aparecem algumas atitudes condizentes com uma prática mais humana, cujo desenvolvimento foi relacionado com a experiência do Internato Rural pelos estudantes.

⁶⁷ Em congressos e debates da área de educação médica, o termo “modelo zoológico” é utilizado para designar experiências que apenas tangenciam comunidades de periferia para que os estudantes “conheçam” sua realidade, apenas mostrando como são as casas, as ruas, as instalações públicas etc., não havendo inserção de fato no cotidiano de vida das pessoas que habitam aquelas localidades.

Uma das características mais faladas pelos internos é a humildade. Nos fragmentos abaixo, essa qualidade vem associada à disponibilidade de escuta e aprendizado com o outro, numa atitude de despojamento em relação à suposta superioridade de seu saber e de sua profissão, o que muitas vezes lhe confere certa arrogância no trato com os pacientes e outros profissionais. Tesser (2009) coloca que a arrogância na medicina pode não ser fruto de característica pessoal ou circunstancial, mas em grande parte se relaciona com uma herança cultural científica, que desqualifica os saberes do senso comum. Segundo o autor, esse fator é amplificado pela predominância do hospital como local de aprendizado, ressaltando seu caráter autoritário: “vários anos de formação (pelo menos seis; oito ou mais considerando as residências médicas) numa instituição autoritária são essenciais para a introjeção da arrogância e do autoritarismo de muitos médicos” (TESSER, 2009, p. 277). No contexto do Internato Rural, os estudantes parecem ter outra experiência...

Você aprende a ouvir os seus colegas, porque você tem que trabalhar em grupo, e como a gente trabalha muito em saúde coletiva, você aprende a ouvir a população. Porque você só vai conseguir ensinar alguma coisa para eles, se você souber as dúvidas que eles têm. Eu acho que isso foi um choque de humildade, por assim dizer. Sabe? Acho que para todo mundo assim, eu falei com os meus colegas... Acho que para todo mundo isso é importante. Talvez do curso inteiro de medicina... talvez esse estágio seja o que mais contribua para humanizar um pouco mais o profissional, porque ele tem aquele contato direito... (Nelson)

Você aprender a ser uma pessoa mais humilde, porque esse tipo de pessoa ele não tem... eles não são tão acessíveis se você chega de uma forma mais esnobe, de uma forma mais imperativa. Eles realmente confiam em ti se você demonstrar que você tem capacidade de falar com eles na mesma língua, de conviver com eles, de saber como é a vida deles, até de sentir como eles sentem, né? Assim, pra mim essa é a importância essencial. (Valter)

O ACS pode te ensinar coisas que você acha que os livros não vão te ensinar... Eu acho que é a humildade... colocar na cabeça que você não é melhor que ninguém, e ter humildade pra saber que você não sabe tudo e humildade pra sempre buscar mais. Achar que quando você sabe tudo, você não sabe nada. (Alcione)

Na primeira narrativa, aparece a expressão “choque de humildade”,⁶⁸ que simboliza o que para o interno foi o Internato Rural, levando-o a recomendar o estágio para todos os estudantes. Uma atitude arrogante dificulta o vínculo e a confiança, praticamente inviabilizando a prática no Internato Rural (STEWART; BROWN, 2010). Para o interno, falar a mesma língua e se permitir aprender com os outros membros da equipe, é uma característica desejável para o médico: “Não é porque é médico que é melhor do que os outros”.

⁶⁸ A entrevista com esse estudante foi uma das primeiras realizadas e essa expressão “choque de humildade”, logo na fase inicial do trabalho de campo levou a pensar que o caminho era promissor na exploração da importância do internato rural para a formação médica.

Outros internos vão na mesma opinião a respeito da humildade, colocando algumas expressões que denotam a arrogância que por vezes se encontra na prática médica, como “nariz empinado”, e a importância da mudança desse tipo de atitude (“descer do pedestal”) para só assim se envolver com as pessoas.

Então isso a gente acaba incorporando também pra medicina... aqueles períodos em que o médico desce às vezes daquele pedestal de ser o cara mais superior de todas as hierarquias do hospital ou então do posto de saúde. E se ele desce desse pedestal, ele acaba envolvido com pessoas... (Antônio)

O interno associa o ambiente hospitalar à hierarquia na equipe de saúde, situando o médico no “topo” da mesma. De novo o cenário aparece na fala como fator condicionante das relações, embora por si só não seja essa a condição para que a questão apareça com mais força ou não. Não obstante, sem entrar nessa polêmica, o contexto da Atenção Primária definitivamente não tem na hierarquia sua forma ideal de pautar as relações (SCHERER et al., 2009), nem do médico com a equipe, nem dele com seu paciente. A construção de projetos terapêuticos em conjunto com a equipe e com o próprio paciente pode torná-lo mais integral e próximo da realidade da população, e qualifica todos como corresponsáveis por seu sucesso.

A capacidade de escuta aparece também de modo marcante nas narrativas sobre a experiência, referindo-se tanto aos pacientes quanto aos colegas. Sendo um dos principais atributos do que podemos caracterizar como competência relacional, o aprendizado da escuta não é tão simples como se pensa. Escutar não é apenas ouvir, mas conferir atenção e considerar o que é falado para a construção das ações (CAPRARA, 2007). Parece que no Internato Rural eles têm a noção da importância desse processo no contato com o outro, pacientes, colegas e equipe:

Eu nunca me achei uma pessoa orgulhosa, individualista, ou coisa do tipo, mas com certeza eu voltei dando um pouco mais de valor a questão “ouvir”. (Nelson)

Só com essa relação médico-paciente que antes eu... eu sempre dei valor, sempre procurei escutar os pacientes no estágio, mas aqui eu vi que foi algo fora do normal: o quanto faz a diferença na vida deles. (Nei)

A paciência também foi um dos atributos humanísticos surgidos nas narrativas, tanto nas relações interpessoais como no próprio exercício profissional. Os fragmentos abaixo trazem a questão da ética, da postura dialógica e da paciência como virtudes que foram revigoradas a partir da experiência do Internato Rural.

Mas em termos profissionais, esse aprendizado vem me trazendo muito conhecimento profissional assim de ética, de paciência, de trabalhar muito o diálogo, não só com o paciente, mas com toda equipe de saúde da família. (Antônio)

Está me ajudando a ser uma pessoa até... Aprender a ouvir mais e também ter bastante paciência pra tentar resolver... Porque nem todo diagnóstico a gente consegue fazer de maneira imediata. A gente tem que às vezes esperar em outras ocasiões que com o tempo as queixas do paciente podem estar mais claras nos acompanhamentos subsequentes. E pra isso, tem que ter muita paciência, tem que saber ouvir, e o Internato Rural está me mostrando isso aqui. (Jorge)

Na última narrativa, a paciência se relaciona com a busca pelo momento certo (*timing*) (BROWN et al., 2009) de alguma intervenção ou diagnóstico, que tem seu guia na escuta ativa do paciente. Essa característica indica um processo de amadurecimento, em que não há uma conduta precipitada, que por vezes pode até prejudicar a pessoa com ações desnecessárias, o que na medicina pode ser um procedimento ou um encaminhamento para um especialista, e privilegiar o processo de escuta na tomada de decisões.

Outras virtudes também são lembradas ou ressaltadas nas falas dos internos, como a sensibilidade e a empatia. Nas duas narrativas que se seguem, essas características aparecem de modo mais enfático, sempre no sentido de tentar captar e entender o sentimento do paciente.

[...] meu lado humano, assim, de médica mais humana, acho que humanizando assim de conseguir sentir aquilo que o paciente está sentindo do lado emocional deles... das dificuldades que ele tem pra chegar às vezes até o posto de saúde, às vezes dá dor, você sentir a dor do paciente, de ver que ele está passando por um problema de saúde... Mas que eles não tem às vezes como ir até Santarém pra coletar um exame, pra fazer um exame. (Jovelina)

Eu vejo que aqui, pra gente conquistar a simpatia do paciente, a gente tem que ser bem... a gente tem que conquistar bastante humanismo na abordagem, e ter algumas atitudes que são simples, mas que não são todos que se lembram... Talvez por não se lembrarem na hora de atender o paciente... como explicar o que vai fazer, olhar nos olhos do paciente, ouvir o que ele fala... São coisas simples, e que acabam fazendo a diferença na hora de um atendimento. E às vezes até o estágio aqui me ajudou a ter empatia... me colocar no lugar do paciente, e às vezes até entender melhor o que ele sente. Quando você se coloca no lugar dele, você passa a entender melhor, como se você imaginasse o que ele está sentindo pra que você entenda a agonia, o sentimento dele. (Jorge)

Na última passagem, o interno relaciona duas atitudes que qualifica como simples, porém nem sempre lembradas, que estão no centro desse processo de humanização, que é olhar nos olhos da pessoa e ouvir o que ela fala. Essas revelam a atenção e o respeito que o médico confere à situação com que se depara, e à própria narrativa do paciente quando este o procura.

Essas atitudes remetem à capacidade de julgar e ao conceito de “mentalidade alargada” em Arendt. A autora recusa uma interpretação simples do conceito de empatia,

afirmando que não podemos “nos colocar no lugar do outro”, e que a melhor forma de compreendermos o outro é reconhecendo que somos diferentes. Mas que a capacidade de julgar, de discernir o que é certo do que é errado, tem a ver com a comparação de nosso juízo com os juízos possíveis em situações semelhantes, o que se daria pela imaginação (ASSY, 2004).

Na fala abaixo aparece mais claramente a questão de julgar de maneira precipitada. Na medicina, quando não se tem o vínculo com o paciente ou maior sensibilidade para captar as histórias por trás das queixas, às vezes se julga de maneira equivocada.

Se a pessoa não souber tratar bem, vai haver sempre esse choque, se a pessoa não souber ter sensibilidade de conhecer a outra pessoa e não julgar que é errado, vai ter sempre esse choque... (Almir)

Esse choque a que o interno se refere representa a dificuldade em aproximar as perspectivas de médico e paciente. Exemplo desse julgamento é quando culpabilizamos pessoas por determinados fatos (ex: uso de drogas, mães de crianças com desnutrição ou casos de desmame precoce), por vezes até com atitudes moralistas, quando na verdade elas têm histórias de vida que as caracterizam como vítimas (VASCONCELOS, 2001). Não se trata de um processo simples o exercício do juízo sobre o pensamento do outro; está entre as virtudes a que o amadurecimento como médico vai dando contorno a partir das diversas situações em que se vive, e de um processo contínuo de reflexão sobre a prática. De acordo com as ideias de Arendt, a capacidade de pensamento reflexivo pode levar a um julgamento correto em sua ação.

A prática médica tem esse sentido, de tentar pensar com a maneira de pensar do outro, num constante processo de pensar *no* outro. A narrativa da interna aponta nesse sentido, de uma prática mais altruísta, menos egocêntrica e autocentrada.

[...] a pessoa tem que deixar de pensar mais em si mesma, sabe? Não deixar que o orgulho suba pra sua cabeça... Não querer ser melhor do que os outros, sabe. Saber que você não é melhor que ninguém... (Alcione)

Como nos ensina Assy (2004) quando nos apresenta a concepção de *felicidade pública*, a felicidade de um profissional como o médico não é relacionada apenas ao fato de ser e poder exercer a profissão, mas principalmente com o advento da satisfação do outro. Na medida em que contribuimos para a felicidade do paciente, temos também nossa felicidade como médico. Essa é uma característica que se espera para as profissões da área da saúde, como a medicina. A autora nos diz que a possibilidade de desfrutar desse sentimento tem

decrecido com a retração da esfera pública ocorrida na modernidade, e por isso defende o que chama de “cultivo de sentimentos públicos”. É possível e louvável que esse seja um dos grandes propósitos do Internato Rural na Amazônia para a formação médica, onde a percepção do outro ganha contornos mais nítidos, já que o estudante está inserido no contexto de vida das pessoas.

A convivência em grupo no Internato Rural é algo a se destacar também como espaço de aprendizagem. Eles passam semanas juntos, fora de seu local de moradia, convivendo e compartilhando os momentos e espaços de trabalho, lazer, alimentação e estudo, o que representa um desafio que os leva a definir formas de organização em grupo e a delimitar regras, mesmo que informais, de convivência e trabalho para que o período transcorra de maneira tranquila. Nesta pesquisa, em todos os grupos entrevistados pareceu prevalecer um espírito de harmonia, com reconhecimento e respeito às diferenças. Nas narrativas, o aprendizado decorrente desse exercício se refletiu em atitudes como tolerância, flexibilidade, respeito às diferenças e respeito ao espaço do outro.

A gente aprendeu a viver com outras pessoas... Estou falando sem ser profissional, de forma pessoal... De conviver com pessoas que você não conhece, e tem o jeito de ser delas. Que as vezes está com raiva, mais alegre, mais feliz, as vezes triste... E você precisa respeitar o espaço de cada um, mesmo estando no mesmo espaço. Você precisa respeitar o espaço do outro. Que tem que trabalhar em grupo para que as coisas aconteçam. Eu acho que essa forma de você... essa maneira de ter que lidar com essas pessoas diferentes tanto profissionalmente como pessoalmente, ajuda muito a crescer... a ter outro tipo de pensamento... até a mudar a sua forma de pensar. A gente muda muito. Ninguém nasce sabendo, a gente vai mudando... Então acho que é muito útil pra todo mundo. (Iranette)

Nessa convivência a gente aprende pra vida também. Inclusive na vida profissional, que você trabalhando em harmonia com o outro, procurando ser solidário, prestativo... E as pessoas reconhecem isso e agem desse mesmo jeito com você. Você vê que questões do dia a dia passam a se tornar mais fáceis. (João)

A reflexão que a interna faz acima evidencia que o aprendizado com a experiência transcende os espaços formais, e as atitudes desejadas para um médico não são trabalhadas ou desenvolvidas apenas nas ações de trabalho, mas também e de maneira importante nos momentos e espaços *entre*, onde a necessidade de lidar com pessoas nos encontros do cotidiano as coloca frente a diferentes maneiras de lidar. O juízo sobre essas formas de lidar se reflete no amadurecimento e no desenvolvimento da responsabilidade como profissional e como pessoa. As falas expressam a relação dádiosa que se estabelece entre os colegas que estão juntos vivendo os mesmos desafios de lidar com a realidade e uns com os outros, num aprendizado para a vida.

Várias são as virtudes médicas relacionadas nas narrativas dos estudantes que de certa forma são mobilizadas em suas experiências no Internato Rural, levando a crer que as questões que o mesmo suscita para os itinerários formativos são importantes para a formação humanística do médico. As narrativas que se seguem expressam a possibilidade de mudanças de atitude ou de valores por aqueles que aproveitam a experiência.

Ele muda na atitude. Assim, a minha atitude mudou. Eu vejo, assim, o ser humano com um outro... diferente. O ser humano, que eu digo, o paciente, vejo diferente, porque ele depende tanto de ti, ele... aqui, assim, ele joga toda a confiança em você... (Alcione)

Mas assim, acho que a experiência foi importante para agregar conhecimento e agregar valores também. Valores mesmo no sentido de valorizar as diferenças, valorizar a cultura, valorizar o estilo de vida que têm, valorizar o modo como eles levam a vida, o modo como eles veem a saúde, ou veem a doença também. (Ciro)

Eu vejo essa mudança de comportamento deles, de atitudes deles, eles mudam... (Carmem - docente)

A análise das narrativas deixa transparecer que essa experiência de vida, se realizada com base numa relação mais solidária de convivência e de trabalho, pode ser capaz de “acender a chama” de uma prática médica mais humana.

Então eu acho que se eles conseguirem com essa proximidade acender esse foguinho que eles tem aqui e falar assim: “Poxa, eu vou conseguir cuidar bem dessas pessoas, eu vou conseguir ser resolutiva”... ou não ver a falta de estrutura como a coisa que impossibilite o trabalho... Porque a grande discussão é essa, você vai mandar médico para o interior e o interior não tem estrutura que um médico precisa para atender bem e ser o máximo resolutivo no lugar, né? Então tem as tecnologias duras, mas tem tecnologias quentes, os abraços, os olhares, as parcerias, os cuidados. Isso pra mim é que deveria ser. Pra mim o resultado de um Internato Rural tinha que ser isso (Clementina - docente)

[...] estranhava, não é nada do outro mundo, mas estranhava porque não é nossa realidade. Só que esse contexto é fundamental para acender aquela chama que faz o cara mudar, que faz o cara refletir, perceber que há mudanças a serem feitas primeiro nele. Entendeu? Mudanças pequenas como pessoa, pra depois mudar a vida do profissional. (Francisco)

A construção da responsabilidade do futuro médico parece ocorrer quando se inverte o gradiente de valores que se deposita nas questões técnicas e humanas na medicina. A professora acima espera que o aprendizado que acontece no Internato Rural se reverta nas atitudes, nas “tecnologias quentes” dos abraços, das parcerias e dos olhares. E que esse valor possa suplantar as carências tecnológicas que por vezes acontecem no interior da Amazônia. O interno afirma que o contexto é importante para um processo de reflexão que pode levar a pequenas mudanças que o estudante deve se permitir como pessoa e que podem fazer a diferença como profissional.

As narrativas dos estudantes entrevistados revelam atitudes e valores que a sociedade deseja nos médicos. A construção da responsabilidade como profissional passa pela humanização das práticas, caracterizada por uma série de virtudes que podem ser desenvolvidas ao longo do itinerário formativo dos estudantes. Segundo Tesser (2009), determinadas atitudes de uma suposta “má prática” da medicina podem estar relacionadas à tradição hospitalar na formação. O contexto do interior da Amazônia parece contribuir para que virtudes de uma “boa prática” se materializem em atitudes responsáveis. Esse processo acontece diferentemente em cada estudante, afetando uns mais que outros, a depender do itinerário formativo de cada um.

É interessante observar que a construção da responsabilidade é um processo que acontece mediada pelas experiências de vida relacionadas à medicina. As narrativas têm evidenciado que o Internato Rural é um momento importante para a formação em Medicina, com especial destaque para o contexto da Amazônia, sendo ainda uma experiência de vida marcante e inesquecível para quem a vive.

2.3.3 A responsabilidade pessoal e coletiva na prática médica

Neste último item, o debate a partir das narrativas dos estudantes gira em torno da responsabilidade que emerge do Internato Rural em sua dimensão pessoal e coletiva de acordo com as definições e reflexões de Hannah Arendt em *Responsabilidade e julgamento* (ARENDR, 2004). O exercício do olhar para si e para os outros a sua volta na prática médica é uma ação importante para que o senso de responsabilidade possa vir à consciência e criar a base necessária para uma medicina mais humana e próxima a realidade da população. Ao narrar e refletir sobre sua experiência no Internato Rural, os estudantes identificam questões importantes que estão envolvidas a partir dessa perspectiva no encontro com a população do interior.

Hannah Arendt faz uma distinção entre responsabilidade pessoal e coletiva nos textos reunidos no referido livro. Enquanto a primeira trata de uma situação em que temos a possibilidade de escolha, “a escolha de que outro queremos viver juntos” dentro de nós mesmos, sendo uma virtude que vem da capacidade de pensar e julgar, na segunda não temos essa possibilidade. Na noção de responsabilidade coletiva, também chamada “vicária”, somos responsáveis por coisas que não fizemos pelo fato de pertencer a determinada coletividade.

Da mesma forma, esse coletivo também assume a responsabilidade pelos atos de cada um de seus membros (ARENDDT, 2004).⁶⁹

Dessa forma, há a possibilidade de trabalhar a responsabilidade pessoal no estudante, a partir de situações que privilegiem o pensamento reflexivo, o que pode ser determinante na capacidade de julgar o que seriam boas ou más atitudes enquanto médico. Além disso, por pertencer a uma coletividade, no caso como estudante de uma universidade pública, assume uma responsabilidade vicária com a população pelo fato de se encontrar nessa posição.

Uma das questões relacionadas ao senso de responsabilidade que os estudantes mais colocam é o fato de estarem num ambiente diferente do acadêmico, levando a uma maior autonomia nas suas ações já num momento de final da formação médica em nível de graduação. Eles fazem menção a não ter uma cobrança tão direta do professor, e têm então a oportunidade de organizar seu próprio trabalho, orientados por sua responsabilidade com o paciente, a equipe e o serviço. Eles falam do lugar de quase-médicos, num momento de aquisição de segurança para sua prática clínica, considerando o estágio uma oportunidade de construir sua própria forma de atuar. Nesses primeiros fragmentos, a responsabilidade emerge da iminência de tornar-se médico.

Eu acabei me sentindo um pouco mais próximo de me tornar médica naquele momento. Achei que isso aí foi fundamental... [...] Você está lá sozinha, tem que se virar mesmo. Você já se sente profissional mesmo, e tem que bater suas asas sozinha. Não tem ninguém pra ficar ali do teu lado. (Teresa)

É um compromisso não só com o paciente, mas com a profissão. É esse o compromisso que o estágio mostra também. Porque no estágio, aqui você é um pré-médico. A gente querendo ou não, a gente forma no final do ano, e pra eles aqui, eles não importam se você já é... se você é estudante ou não. (Alcione)

A figura de linguagem utilizada pela interna demonstra como eles se sentem nessa fase. O Internato Rural representa um momento diferente no itinerário formativo do estudante, já que em outros estágios eles acompanham preceptores ou residentes, e quando vão para o interior há maior liberdade para o estudante. Nesse momento da formação, o estágio parece contribuir para essa fase de ganho de autonomia, para que eles possam “bater as asas sozinhos”. A ideia de pré-médico acontece tanto para eles, que sentem a proximidade da formatura, quanto para a população, que faz pouca distinção entre estudantes e médicos no contexto do Internato Rural. De acordo com os resultados de Barbosa (1995) sobre o Internato Rural da UFMG, trata-se da oportunidade de “ir cortando o cordão umbilical” com os

⁶⁹ Vide item 1.2.4.

professores e com a universidade, proporcionando uma “checagem de seus reais conhecimentos teóricos” (p. 53).

A questão da segurança na profissão também foi marcante nas narrativas. A prática no contexto da Atenção Primária com maior autonomia, atendendo a várias pessoas com os problemas de saúde mais comuns, dá uma noção do que eles vão mais vivenciar enquanto médicos. Eles ficam mais seguros de que eles já tem conhecimento na medicina e ao mesmo tempo referem “perder o medo” de atender aos pacientes sozinhos.

[...] enriquecedor por um motivo, assim... Como eu estou no final, aí passa muita insegurança na cabeça, e aí eu me senti mais segura, assim, estou voltando mais segura pra atender e pra trabalhar também... (Clara)

[...] e outra coisa que foi importante pra minha formação foi a parte da prática. Lá a gente pratica muito do que a gente vê, por isso esse módulo deve mesmo ser o último que a gente vê na faculdade. É fundamental. Porque você já viu na faculdade o que é um parto. Você vai pra lá e já consegue ajudar. Isso foi muito importante pra você já se sentir médica. Eu perdi medo de paciente no Internato Rural. Eu perdi o medo de ficar somente eu e o paciente em uma sala. Foi no Internato Rural... (Teresa)

O término do curso de Medicina é sempre um momento de insegurança para o formando, pois se trata de uma fase de transição entre uma prática diretamente supervisionada para uma prática mais autônoma. Embora a residência médica seja de fato o período de maior amadurecimento como médico, a posição do Internato Rural como um dos últimos momentos do curso faz com que os estudantes sintam já um ganho de segurança para sua prática.

Até o final da graduação, os estudantes vivenciam diversos contextos de atendimento médico, formando gradativamente sua maneira de atuar, conforme as experiências de que participam e os exemplos que encontram pelo caminho. O Internato Rural parece ser uma boa oportunidade para eles se perceberem enquanto profissionais e encontrarem seu próprio modo de exercer a medicina.

[...] isso que pra nossa formação, eu acho que influi muito essa parte do Internato Rural, porque vamos sair daqui com uma certa forma de atender paciente... que a gente já desenvolveu mesmo... Nós mesmos já desenvolvemos nossa forma de atender paciente. Cada um desenvolve porque vai botando em prática. No Internato Rural, tudo que você aprendeu, tudo que você já viu, vai botando em prática, e nesses quatro meses de Internato Rural vai moldando isso até você conseguir realmente fazer o seu perfil de atendimento. (Arlindo)

[...] profissionalmente, pra mim foi o melhor período de internato, assim, em termos de ganho, né? Porque o ambiente que eu vivi de Internato Rural me dava muita autonomia. Então... como eu falei, eu tinha a supervisão, eu tinha o médico próximo, mas a conduta era, assim, quase 100% minha... então isso foi essencial, assim... essencial mesmo, pra sedimentar condutas. Principalmente pela autonomia. (Guilherme)

Eles voltam com outro olhar, e me parece que eles se sentem mais capazes de resolver e de tomar decisões. (Carmem - docente)

Nos outros internatos, o estudante ainda está inserido na hierarquia da equipe médica do hospital, sendo sua prática moldada pela forma de atuar de seus “superiores”. Essa relação é exemplificada na concepção de um dos sujeitos entrevistados por Barbosa (1995, p. 25), para quem “o currículo encontra-se intrinsecamente ligado ao processo sonegador, ou seja, aquele em que o docente especialista exerce seu papel de monopolizador de conhecimentos e habilidades, que são repassados somente quando são criadas condições de troca de favores”. O entrevistado afirma que quando o estudante se encontra longe desse mecanismo, “verifica-se um salto de qualidade muito grande” (p. 25). No Internato Rural eles têm oportunidade de, a sua maneira, “botar em prática” o que aprenderam ao longo do curso, tendo maior poder de decisão sobre suas condutas. A fala da professora expressa a visão de quem percebe “de fora” o antes e o depois, notando a diferença na tomada de decisões.

Na narrativa que se segue, o estudante faz mais claramente essa associação entre autonomia e responsabilidade.

[...] pelo excesso de autonomia, o excesso de responsabilidade vem. Então quanto mais o aluno vai abraçar... ser autônomo, ter independência na conduta dele, mais ele vai ter que abraçar a responsabilidade do que ele tá fazendo, né? (Guilherme)

O maior grau de independência do interno, numa fase em que o mesmo está passando de uma ação mais tutelada para uma ação mais autônoma, pode de fato colocá-lo frente à responsabilidade como profissional. Não obstante, essa relação não é linear, pois depende dos valores que foram se desenvolvendo ao longo da vida (PESSOTTI, 1996).

Numa perspectiva mais relacional da prática médica, a responsabilidade aparece também relacionada ao valor e à confiança que as pessoas depositam na figura do estudante, muitas vezes já visto como médico pela população. A dimensão da ação no espaço público ganha importância aos olhares da população do interior, para quem a figura do médico é revestida de valor diferenciado, sendo este admirado, mas também julgado por suas palavras e gestos.

Realmente às vezes a gente nem sabe que está sendo visto, que as pessoas conhecem a gente de vista, que elas estão olhando o que a gente faz, o que a gente fala... (Angenor)

Na fala do interno transparece a visibilidade que suas ações ganham no contexto da cidade do interior. Trata-se da emergência do *quem* de Hannah Arendt (1997). Talvez essa

seja uma das diferenças entre a capital e o interior, em que no primeiro contexto o *que* a pessoa é tem importância hipertrofiada, sendo valorizados diplomas de especialização, bens materiais etc., e que no interior, as ações do profissional (*o que ele faz e fala*) têm mais visibilidade.

O Internato Rural, ele muda a cabeça da pessoa. Muda, muda o jeito... muda, eu acho assim que muda, porque você vê qual é a importância de ser médico. (Alcione)

O contexto do interior parece exercer papel especial no desenvolvimento do senso de responsabilidade pelo estudante, onde ele percebe a importância da figura do médico para a população. Essa questão fica clara nos fragmentos a seguir...

[...] principalmente de ver as pessoas rindo é o que me traz mais satisfação assim, e eu adoro esse retorno das pessoas... É o que eu penso: “Eu escolhi uma profissão legal...” É isso mesmo que eu quero e eu sou mais importante do que eu achava que eu era pra pessoas... que até então na medicina, a gente entra... é uma profissão legal, tem um retorno financeiro bom. Mas no final das contas pra ter contato como uma experiência como essa de vir pro interior, de ser essa figura do médico, ou seja do dentista, numa cidade pequena com pessoas com cultura diferente, com um nível de social mesmo bem diferente do nosso, você se sente mais importante... É mais gratificante ainda... Que elas te vêm com um carinho enorme, no interior você entra na vida dessas pessoas... Então faz eu me sentir mais útil ainda do que eu achava que eu era, muito mais... (Angenor)

[...] ele não quer saber se você é estudante, se a gente quer ou não... então, desde então a gente já mostra que a gente não pode levar a medicina de qualquer jeito. Se não tivesse no rural, a gente não teria aprendido isso... Porque aqui as pessoas olham a gente como médico. Não olha a gente como estudante. Eles acham que a gente é médico. Eles não entendem. Aí isso nos cobra mais, entendeu? ...cobra ter mais responsabilidade... com a gente, com a profissão, e tentar sempre, sempre buscar... porque ninguém sabe tudo. E anotar, perguntar as coisas, tirar dúvida mesmo... (Alcione)

No primeiro fragmento, podemos perceber novamente a questão do sentimento de felicidade pública (ASSY, 2004), quando a satisfação profissional acontece pelo retorno das pessoas, pela felicidade das mesmas com seu atendimento. E parece que essa perspectiva de certa maneira para o interno está mais presente no interior, onde ele se sente “mais útil”. No segundo, a interna sente a “cobrança” de maior responsabilidade nesse retorno da população, levando-a a refletir que “não pode levar a medicina de qualquer jeito”. Esse pensamento a leva a buscar tirar as dúvidas e se aprimorar continuamente. Também observamos essa preocupação e empenho na fala abaixo.

Principalmente quando vai tratar paciente eu acho que a responsabilidade entra mais aí, em dar o medicamento certo... “Será que eu estou usando antibiótico certo? Vai pegar esse germe? Vai pegar, ou não vai?” Aí eu tento sempre... às vezes até mesmo no celular... tento que tirar as dúvidas, e se não der certo eu corro atrás, antes de

mandar o paciente embora. Porque se eu mandar com o remédio errado vou complicar a situação deles. (Arlindo)

[...] particularmente eu senti que pude ver que o papel do médico vai além, vai muito mais do que a gente aprende em sala de aula. Eu pude ver que a responsabilidade do médico se estende muito e que a população bota fé em você. Quando me chamavam de doutor eu senti o peso dessa palavra. (Francisco)

A última narrativa traz o simbolismo da palavra *doutor* para o estudante. Em outros contextos, na faculdade e nos hospitais ele não costuma ser chamado dessa maneira, sendo utilizadas mais as designações de *interno* ou *acadêmico*. No interior, no contexto do Internato Rural, parece ser natural da população chamá-los de doutor, o que no campo simbólico parece fazer uma distinção para o estudante, como se a partir dessa designação ele fosse chamado à responsabilidade, e daí o “sentir o peso” da mesma para ele.

A noção de responsabilidade também é trabalhada no Internato Rural a partir das reflexões e do juízo crítico sobre a prática médica em geral e sobre os exemplos que desejam seguir, ou não, para o desenvolvimento de sua prática. A proximidade da formatura, o caráter de imersão do estágio, a presença de colegas que estão na mesma situação e um contexto diferenciado de prática são fatores que podem contribuir para criar esse ambiente favorável à reflexão que traz questões tão importantes para o exercício da medicina. Nas narrativas, podem-se perceber pensamentos e julgamentos sobre o que é ser um bom médico, assim como os dilemas e limitações de medicina na atualidade.

A noção de responsabilidade pessoal se manifesta através do pensamento e da narração na pergunta que eles se fazem, como que escolhendo a si mesmos (ARENDR, 2004; ASSY, 2004): que tipo de médico eu quero me tornar? Nos fragmentos que se seguem, percebe-se a reflexão sobre o que significa ser um bom médico.

[...] e na verdade não é só prescrever remédio que vai tornar você um bom profissional, saber prescrever. E no internato ele dá essa abordagem que não é só ficar prescrevendo... prescrevendo remédio que você pode se tornar uma boa profissional. Tem outra coisa muito mais além disso que o internato mostra para gente e que eu tenho certeza que no momento que eu começar a atender, eu vou lembrar desses momentos e acho que vai diferenciar bastante minha abordagem médica. (Marisa)

Não vai ser assim: “ah, tá indo mais um pra ganhar o dinheiro”. Não... assim, eu acho que vai dar pra acrescentar numa região dessa... Um tratamento mais... não tão técnico, mas alguém que... em que os pacientes vão ter confiança, sabe? Falar: “poxa, você vai nesse cara! Vai lá, ele é super legal.”. Nós tivemos experiências assim... Alguns pacientes falaram isso pra gente... Eu achei aquilo maravilhoso. O paciente falar “olha, eu nunca fui atendido assim, que perfeito, que legal” “poxa, vocês trataram assim, agora eu vou tomar meu remédio direitinho”. (Nei)

O bom médico não é somente aquele que tem o conhecimento sobre a técnica, como na manifestação da virtude sob o ponto de vista biomédico (STELET; PINHEIRO, 2011). Existe um algo mais que foi sentido pelos estudantes no Internato Rural. Este outro lado se refere à dimensão humanística da profissão, que foi valorizado como um diferencial na abordagem médica do estudante. Essa dimensão não diz respeito apenas às atitudes relacionais do médico, mas também ao compromisso que o mesmo deve ter com o serviço e com o paciente, atitude que por vezes não é percebida pelos internos nos exemplos que encontram no caminho, e ficam apreensivos com a possibilidade de um dia agirem de uma maneira que não concordam. De fato, enquanto estão em seus estágios nos hospitais, pouco se discute sobre as atitudes que compõem o lado humanístico e grande parte dos exemplos que aparecem compõe o rol de atributos do que Tesser (2009) chama de “má medicina”.

Se eu faltar um dia, vai ter gente que estava ali me esperando, e assim, se eu estiver aqui no interior, é gente que... eu já sei que a renda aqui da população... às vezes, ele vende uma melancia, vende a feira dele pra poder vir pra cá. Então assim, se a pessoa está me procurando é porque ela está precisando de ajuda. E assim, aí esse compromisso como médica vale muito. Eu cresci bastante nesse período. Eu já me considerava responsável. Mas assim, agora firmar esse compromisso foi importante... Ver que quem vem pra cá, quem está aqui precisa e.. você tem a responsabilidade mesmo.. e muito (Clara)

Mas, fica pensando também: “será que um dia eu vou me tornar uma das coisas que eu estou falando tão mal?” Que eu vejo também que eles atendem tanta gente né? Eu não sei se isso, com o tempo, fica maçante. Eu espero que pra mim não. E eu ficava pensando: “poxa, será que algum dia eu vou me render a isso?” Tomara que não. Eu realmente espero que não. (Nei)

[...] não sei se eu vou mudar... porque uma vez ele falou pra mim que é fácil falar quem tá de fora porque quem tá dentro, o sistema é diferente... Não sei... não sei se eu vou, mas eu tenho muita fé em Deus que eu não vou mudar, porque eu sempre vou pensar na minha mãe. (Alcione)

As últimas falas, assim como outras mais a seguir, foram motivadas por um médico que os estudantes conheceram e observaram na cidade onde fizeram seu Internato Rural. Essa experiência motivou reflexões e julgamentos importantes sobre a responsabilidade na prática médica, materializada no compromisso do profissional. As falas foram numerosas e intensas, provocando reações de revolta e choro, e ocupando um tempo expressivo nas narrativas dos estudantes (todos os três que estavam na mesma cidade). Os mesmos identificaram um “sistema” onde para quem está “dentro” a prática seria diferente. Essa passagem reflete a questão da responsabilidade pessoal, pois por mais que exista uma engrenagem superior, há nesse caso um poder de escolha (podem ou não se render a essa prática). Os estudantes não se mostram totalmente seguros dessa opção, o que mais uma vez chama a atenção para o papel

do professor em problematizar essa questão no sentido de sedimentar a ideia de responsabilidade pessoal ao quase-médico, numa projeção do futuro exercício da profissão (já bem próximo...).

Seguindo a mesma linha, o segundo fragmento deixa transparecer uma possível prática mecânica da medicina, quando usa a expressão “fica maçante”. Esta demonstra que a prática médica pode tender a se burocratizar, fato que não é incomum a partir do momento em que o reconhecimento da pluralidade das pessoas é embotado pelo pensamento biomédico uniformizador, centrado na semelhança das doenças, e retirando a beleza e a angústia das diferentes histórias de vida e diferentes contextos das pessoas. Esse aspecto mostra como o médico pode se tornar um “dente de engrenagem” (ARENDDT, 2004) em que sua responsabilidade pessoal se torna “menos importante”, pois se não é ele que faz aquilo, algum outro vai fazer. Os estudantes, em suas falas, mostram receio de se tornarem médicos assim.

Em alguns momentos, a questão do propósito do médico em “ganhar dinheiro” aparece como fator negativo relacionado a esse compromisso. Em outras falas, aparece o tecnicismo que tomou conta da profissão médica, deixando as relações em segundo plano. Os próximos fragmentos retratam essas duas questões ligadas à responsabilidade na profissão.

Então a experiência que eu tenho é que eu não quero ser uma médica que só pensa em dinheiro, e eles aqui... a experiência que eu tive foi muito boa de você estar atendendo e as pessoas pedirem um abraço seu, te elogiar dizendo que nunca tinha sido atendido tão bem. (Alcione)

Durante o Internato Rural eu cheguei a fazer várias reflexões sobre a medicina de hoje, que é uma medicina altamente especializada, altamente tecnicista, então o médico ele vai se tornando cada vez mais dependente de recursos tecnológicos e ele precisa de uma cintilografia, ele precisa de uma tomografia helicoidal multislice pra fazer o diagnóstico de uma determinada coisa... E muitas vezes não precisa desse tipo de recursos, se a gente fizer uma boa história, se a gente fizer um bom exame físico a gente consegue... E tiver um bom estudo pra poder ter um bom raciocínio clínico a gente consegue fazer diagnóstico de muita coisa e consegue ter uma resolutividade muito alta também se a gente conseguir fazer isso. E isso tudo é com poucos recursos (Noel)

Assy (2004, p. 47) faz uma crítica à sociedade de consumo, em que há a “tentação de identificar deleite e satisfação exclusivamente com realizações pessoais ou com o concomitante contentamento material”, que tende a ocorrer até em profissões que lidam com o cuidado. Em análise do pensamento de Arendt, exemplificando a apropriação do espaço público por interesses particulares e a instrumentalização da nossa habilidade de pensar, a autora atribui esse fato ao “aniquilamento de nossa capacidade de ter aprazimento com algo que não traga consigo expectativas e interesses particulares”.

Frente a essas e outras questões que viveram no Internato Rural, os estudantes tiveram a oportunidade e um momento privilegiado para refletir sobre que tipo de médico eles querem ser.

[...] pra você ser um bom médico, além disso, você também tem que saber tratar o seu paciente. Porque isso é que faz a diferença de um pro outro. Porque bons médicos tem em todo lugar, mas o jeito como você trata o seu paciente é que faz a diferença. Então é isso, assim... então essa é a experiência que eu to tendo aqui. (Alcione)

[...] mas pelo menos uma reflexão pessoal sobre o que ele vai querer da sua vida, sobre que tipo de médico que vai querer ser. Em algum momento a pessoa vai fazer... Vai passar a fazer por conta do Internato Rural. Vai ter várias situações onde a gente inevitavelmente vai fazer reflexões sobre que tipo de médico a gente vai ser, sobre o papel da medicina na sociedade. No Internato Rural a gente faz muito mais isso que nas outras clínicas. (Noel)

Nas narrativas sobre esse processo de reflexão, os internos recorreram a exemplos negativos e positivos que encontraram durante sua experiência no interior. As falas demonstram que pode haver aprendizagem pelo exemplo positivo, sempre mais reconhecidos nos debates sobre docência ou preceptoria, mas também pode acontecer pelos exemplos negativos, o que transparece nas falas que se seguem. Os positivos ressaltam o vínculo e o reconhecimento que o médico com a população local, assim como o aprendizado sobre como ele lida com a mesma.

Todo mundo gosta dele aqui. Ele é muito presente na comunidade. Ele é quase que uma celebridade. É... Todo lugar por onde ele passa [...] todo mundo conhece ele. (Jorge)

As pessoas procuram muito por ele, e tem na verdade isso que ele está passando pra gente, essa sensibilização de você ver o paciente, conseguir sensibilizar com aquilo que ele falando... (Jovelina)

Os exemplos negativos causam revolta pelo descompromisso observado com as pessoas e uma perspectiva autocentrada de sucesso.

O que me marcou muito foi esse barco ter vindo e o médico não ter atendido. Aí isso me marcou muito, porque... teve gente que, nossa... gastou o que não podia gastar pra colocar gasolina num motorzinho... que tudo gera gasto. Eles poem gasolina no motor, eles alugam um barquinho, as vezes a prefeitura dá um barquinho e dá gasolina, mas nem todos dão, nem toda vez a prefeitura dá. Só que pro barco ficar aqui no porto, eles têm que pagar, então eles tiram do que eles não têm pra vir pro médico. Aí depois... e os *bichinhos* vêm e vão embora sem serem atendidos... (Alcione)

[...] o exemplo de não ser, isso é muito importante, assim, eu não quero ser como os médicos daqui... Vir pra cá pro interior, fazer o mínimo possível, ganhar o dinheiro, ir embora e ainda falar na cara da população que está aqui só pra ganhar dinheiro...

esse é o exemplo que... pra mim, eu peguei como exemplo... e esse é o exemplo que eu não vou ser. (Clara)

E pra mim ficou muito o exemplo de como não ser como médica. E eu acho que, assim, às vezes a pessoa acha que é uma experiência negativa, passar o conflito que nós passamos aqui, por exemplo. Mas pra mim, assim, esse foi um exemplo bom, vai ser o exemplo que eu não quero ser. (Clara)

E aqui foi muito bom, é como assim, ele sempre fala: todo professor, ele dá uma lição pra gente... Todo médico. E com ele é de como eu não ser. Eu não quero ser como ele. Não quero ser uma médica como ele... (Alcione)

O caso analisado nas narrativas coloca em questão a preceptoria no Internato Rural. Um dos principais atributos do preceptor é ser um “modelo” (*role modeling*) de boa atuação médica (BENTES et al., 2013), sendo essa uma das influências mais significativas para o aprendizado de atitudes na medicina (WEAR e ZARCONI, 2008). O referido médico não era propriamente um preceptor com certa ligação com a academia, mas um profissional que os estudantes deveriam acompanhar na Unidade Básica de Saúde. A partir daí podemos nos questionar: é válido o aluno acompanhar consultas com um médico como esse? Tendemos de início certamente à resposta negativa, mas essa questão não é tão fácil de responder, pois caso não houvesse esse acompanhamento, não haveria a reflexão sobre a possibilidade de escolha de um exemplo a não se seguir.

Wear e Zarconi (2008) reconhecem que isso existe, embora nunca seja intencional a inserção de estudantes com médicos não comprometidos, arrogantes ou irresponsáveis porque pensamos que eles vão aprender lições com exemplos negativos. O acompanhamento até pode ser feito, mas o que não se pode deixar de existir é uma reflexão sobre essa experiência, sob pena de uma naturalização desse tipo de prática na Atenção Primária no interior, o que pode ter um efeito negativo na aprendizagem ao longo do Internato Rural.

Em Arendt, a faculdade do Juízo é o que nos permite discernir entre o bem e o mal, o certo e o errado, e as escolhas de nossas companhias, daqueles com os quais desejamos viver e inclusive dos nossos exemplos: “a escolha dessas companhias se daria através da atividade do pensar em exemplos; exemplos de pessoas vivas ou mortas, reais ou fictícias, bem como exemplos de acontecimentos, experiências, passadas ou atuais” (ASSY, 2004, p. 47). Na experiência do Internato Rural, como expresso com força nas narrativas, os estudantes ficaram perplexos diante da atitude de um profissional que seria um exemplo para eles. E os mesmos deliberaram, em seu juízo, por sua escolha como exemplo, mas aquele que não se deve seguir.

O processo de reflexão sobre a prática da medicina também passa por suas limitações e possibilidades, algo que já apareceu em outras passagens das últimas seções. Importa aqui

reconhecer as mesmas como atributo de reflexões sobre a medicina e a importância para a noção de responsabilidade. Nesse sentido, as narrativas abaixo mostram um pouco dos dilemas com que os estudantes se deparam durante o Internato Rural.

Uma paciente de 70 e poucos anos, 72 anos, se eu não me engano, estava com a glicemia lá em cima, chegou lá no posto, uma paciente que é diabética e tal... E ela me falando que chegou pra paciente pra fazer a orientação: “Dona fulana, a senhora precisa reduzir o açúcar da sua alimentação, parar de comer isso, isso e isso, pra senhora poder viver mais tempo.” Ela virou pra essa minha colega e falou assim: “mas doutora, eu não quero mais viver mais tempo, está bom, eu já quero ir embora já.” E aí o que você vai falar? Vai fazer o que? Vai obrigar o paciente a tomar medicação, a tirar o açúcar da dieta dele? Ele não quer fazer, não quer. Ele não quer aderir ao tratamento. Não quer. Simplesmente que ele achou que já viveu muito, que já quer ir embora. E aí? Aí você fica meio em crise, assim: “Ai meu Deus! Meu conhecimento não está servindo pra nada! Não estou conseguindo lidar.”. Eu perco aquela sensação de conseguir ajudar os outros assim. Aquela situação que eu tinha assim: “Ah, vou fazer medicina pra ajudar as pessoas e tudo.”. Aí você começa a perder isso, aí isso dá uma crise... (Jovelina)

Porque você pode fazer o diagnóstico diferencial brilhante, propor um tratamento maravilhoso... mas se ele não entender como ele vai tomar aquilo ali, ele não vai tomar... e não vai adiantar de nada e ele vai voltar e vai dizer que tomou certo e vai dizer que não funcionou. Daí, sim a gente fica numa sinuca de bico. Então assim, essa questão da medicina como arte foi o ponto, em relação a me saber fazer compreender melhor, fazer que eles me entendessem, conseguir entender o que eles queriam... (Guilherme)

No primeiro fragmento, ficam evidenciadas na narrativa da interna as limitações das condutas médicas padronizadas, baseadas em normas de comportamento. No Internato Rural, eles tiveram a oportunidade de perceber e lidar com a singularidade da pessoa em seu contexto de vida. Então alguém pode não querer, não se adaptar ou ter dificuldades de alguma natureza para seguir as orientações médicas, o que é traduzido pela medicina como “falta de adesão”. O termo “adesão” já remete a alguém que cumpre as recomendações prescritas por outro alguém. No caso em questão, são respectivamente o paciente e o médico.

Essa passagem retrata algo muito comum na medicina atualmente, que representa um dos indicativos mais claros das limitações da forma com que é realizada a prática, de maneira prescritiva e cabendo ao paciente o seu cumprimento. Este pouco participa das decisões sobre seu projeto diagnóstico e terapêutico, o que em grande parte mantém um desencontro de anseios e expectativas sobre o processo de adoecimento e os objetivos da terapêutica entre médico e paciente. Se os motivos, ideias e expectativas da atuação do médico não são as mesmas do paciente, e não há possibilidade de o mesmo participar a partir de sua perspectiva, só lhe restaria a decisão de não cumprir a prescrição.

Da situação colocada sobrevém um impasse na narrativa... E agora então, o que fazer? A interna expressa a questão principal de sua reflexão nesse caso: será que meu conhecimento

não está servindo pra nada? Essa pergunta já nos aponta o possível distanciamento do conhecimento com a prática. Não bastaria então o médico ter o conhecimento, mas deve saber como aplicá-lo numa perspectiva participativa da relação com o paciente, o que no segundo fragmento o interno chama de “medicina como arte”. A aproximação das perspectivas entre médico e paciente é recomendada por vários autores, com destaque para Ayres (2007), que chama esse fenômeno de “fusão de horizontes”, construindo a possibilidade de elaborar um plano comum de manejo dos problemas, como componente da Medicina Centrada na Pessoa (BROWN et al., 2010).

Outra limitação que apareceu nas reflexões dos estudantes é a proximidade das figuras simbólicas do médico e de Deus, tanto afirmando essa proximidade na visão da população (e dos próprios médicos), quanto desestruturando-a, num processo de enxergar o médico como uma figura humana frente às limitações e aos dilemas com que se deparam na sua prática. Pode-se visualizar essa relação nas falas seguintes.

Ainda no interior tem aquela figura do médico com o perfil da parte romântica da medicina... Realmente quando existe o médico no interior ele é visto quase como um Deus e no interior do Amazonas é muito escasso. As pessoas não têm essa figura em todos os lugares. (Angenor)

Deus tem a gente que vai definir entre a vida e a morte daquela pessoa. Então a pessoa ela acaba meio que colocando essa figura de Deus também na gente e acaba sendo uma reponsabilidade muito grande ter isso nas mãos, meio que decidir se a pessoa vai viver ou vai morrer, acaba que a gente é obrigado a amadurecer quanto a isso (Noel)

O interessante é notar que, por um lado, a questão aparece no fragmento acima num suposto poder divino de decidir entre a vida e a morte da pessoa; por outro, no fragmento abaixo, rompendo com a figura divina aplicada ao médico, ao constatar que o mesmo não seria “onipotente”, tendo, portanto as limitações de um ser humano. Tesser (2009), em suas reflexões sobre a “má medicina”, aponta para a ilusão de heroísmo solitário que o médico tem, sobretudo pelas influências das práticas hospitalares. Como únicos curadores científicos, os médicos são alimentados pela “ilusão de uma missão impossível de onisciência e onipotência”, sendo cobrados por poderes e curas quase milagrosos para todos os problemas. E quando chegam à realidade das comunidades do interior as coisas mudam, parecendo chamar o médico à sua humanidade.

[...] só que quando eu cheguei aqui eu comecei a perceber que às vezes a gente vai ter uma certa limitação nesse sentido assim. Eu particularmente perdi um pouco daquela questão dos deuses, né? O médico como Deus que consegue curar, que tem que dar o jeito dele e curar aquele paciente, e pronto, acabou. (Jovelina)

“Mas professor, o protocolo é esse aqui, são esses os antibióticos.” “Mas Jovelina, não adianta, não tem aqui no posto e o paciente não vai conseguir comprar.”. E aí, o que você faz? Aí eu chego em casa. Tem dias que eu chego em casa eu choro, choro, choro... Aí meu esposo: “Mas tu tem que aprender que tu não é Deus, que tu não vai conseguir. Você vai ter que aprender a lidar com isso assim.” (Jovelina)

A responsabilidade que a gente adquire nesse processo é grande. É muito grande porque você está lidando com vida, você está lidando com a saúde... Tira esse estigma de que “eu sou Deus, porque eu sou doutor, porque eu sou médico, enfermeiro ou dentista”. Isso me tornou mais humano ao sentir o peso da minha responsabilidade diante de uma realidade que eu pouco tive contato. Foi o que eu lembro que eu carrego, que eu vou carregar depois quando eu formar já de fato receber essa denominação de médico, a responsabilidade. (Francisco)

No último fragmento, o interno reconhece sua limitação ao atuar como médico frente a uma realidade que pouco conhece, e ao mesmo tempo “o peso da responsabilidade” ao ter que lidar com essa limitação.

Se há algo que se deseja na busca de uma prática médica baseada na noção de responsabilidade, é que o médico inclua em seu cotidiano a reflexão sobre sua própria prática. As experiências de Internato Rural na Amazônia parecem possibilitar essa oportunidade, como exposto a seguir:

E uma das coisas pra mim assim que já me mudou na verdade foi essa, de aprender a lidar com paciente dessa maneira... E a chegar também em casa e procurar pra refletir um pouco sobre aquele paciente que eu atendi assim. Já muito assim pra mim, mudou bastante. (Jovelina)

Eu acho inclusive que quem pensou o Internato Rural, pensou com esse objetivo de provocar reflexões e transformações nesses alunos. (Clementina - docente)

Embora as falas demonstrem o valor desse estágio na formação, ele não pode ser uma experiência isolada, como uma ilha ou um oásis onde se possam identificar as questões que caracterizam essa fronteira atitudinal. Um itinerário congruente com as Diretrizes Curriculares Nacionais deve possibilitar a todo o momento essa reflexão, de maneira que haja um movimento consistente de transformação na medicina. Hoje observamos como alguns focos de reflexão são distribuídos pontualmente no currículo, sendo um dos mais interessantes o Internato Rural.

A dimensão da responsabilidade, nas vertentes arendtianas “pessoal” e “coletiva”, se manifestou nas narrativas dos alunos e professores enquanto profissionais que estão em contato com outras pessoas, e também enquanto coletividade, como membros de sua universidade, em sua atuação durante o Internato Rural. Sendo as experiências estudadas constituintes de universidades públicas, trata-se de uma manifestação da responsabilidade coletiva fazer com que o investimento da população seja revertido em ações que possam

melhorar a qualidade de vida da mesma, e diminuir as desigualdades regionais e locais. Algumas ações já foram comentadas no item 1.3.4, quando se abordou a questão das políticas afirmativas e a noção de pertença ao mundo da Amazônia, representando também manifestações da responsabilidade coletiva dessas universidades. Podemos observar que o pensamento de alguns estudantes está congruente com essa ideia, representando a noção de responsabilidade coletiva por essas ações da universidade.

[...] devolver para população a contribuição que eles fizeram para a gente na faculdade, digamos, na Universidade, porque a nossa Universidade é pública, e todo mundo ajuda a Universidade. Todo mundo contribui com uma Universidade pública. E eu vejo isso, o Internato Rural é uma forma da gente retribuir pra população. (Arlindo)

O maior aprendizado que eu pude ter mesmo foi essa questão da gente poder estar junto com a população e poder dar esse retorno pra eles. Porque nós estudamos uma Universidade gratuita, entre aspas, na verdade é bem cara pro governo, mas é um retorno. É uma forma de dizer: “Olha, estive na Universidade pública, estudei, estou aqui, é dessa forma que eu posso ajudar vocês”. É dessa maneira que eu vejo o Internato Rural. (Orlando)

É interessante observar, nas falas, que essa forma de retribuir é encarada também como um aprendizado, que certamente não está nos livros e manuais. O Internato Rural pode representar uma ação institucional que se insere nessa ideia de responsabilidade, mas também pode proporcionar essa reflexão, fazendo emergir essa virtude no futuro médico. Porém, a noção de responsabilidade coletiva não pode ficar apenas restrita ao Internato Rural, como se fosse uma tarefa cívica a ser cumprida e depois todos estão liberados para a livre iniciativa que o mercado impõe. A capacidade reflexiva deve ser um aprendizado para a vida, que possa acompanhar o profissional ao longo de seu itinerário. Para isso, o papel do professor é fundamental para que essa não seja uma competência trabalhada de maneira restrita ao estágio, e nem que possamos admitir que apenas o contexto do interior ou da Atenção Primária levaria ao pensamento reflexivo. Essas preocupações aparecem na narrativa abaixo.

[...] outros o preceptor precisa despertá-los para aquilo que todos nós temos... uma responsabilidade social... e eles que estão numa universidade pública, mantida com dinheiro público. E eu já ouvi isso de uma aluna esses dias agora: “Não, doutora, eu quero me formar e eu pretendo trabalhar com unidade saúde da família, pelo menos por algum tempo, depois eu vou pensar, mas ela disse: “Eu me sinto responsável por devolver para a comunidade de alguma forma o que eu recebi do público, o que eu recebi do público através da universidade.”. Mas é uma responsabilidade que, como eu digo, que alguns conseguem ser despertados, conseguem apreender isso no dia a dia, mas outros o professor precisa fazer isso. O professor precisa mostrar para o aluno que quem paga o estudo dele é aquele pobre lá do pé descalço (Elza - docente)

A fala da professora deixa claro que o contexto local (mundo) pode influenciar na noção de responsabilidade, mas que a mediação do professor em mostrar e problematizar esse mundo pode ser diferencial no pensamento de alguns. Ou seja, a responsabilidade do professor passa pela construção do senso de responsabilidade do estudante. Para tanto o professor deve zelar para que o estudante desenvolva essa capacidade reflexiva capaz de levar a um pensamento crítico sobre a prática médica, e possa despertar a noção de responsabilidade coletiva no papel da universidade com a população.

A responsabilidade traduzida pelo compromisso institucional (universidade) e também de seus atores com o espaço público é desejável em todos os lugares de atuação, seja na capital ou no interior; no contexto da Atenção Primária ou no hospital. Um aspecto interessante observado nas narrativas é a construção do compromisso (responsabilidade pessoal) dos futuros egressos com a população do interior após o Internato Rural, quando os mesmos consideram importante um olhar diferenciado para essas pessoas, inclusive nos atendimentos realizados na capital.

Para o médico trabalhar aqui em Manaus, ele sempre vai atender muito os pacientes que vêm do interior. E é muito mais fácil compreender aquilo que você vê, né? Isso é meio óbvio, mas você no interior você compreende melhor. Se o paciente vem e chega para ser atendido por ti talvez aquela seja a única oportunidade que ele tem. E quando é um paciente bem do interior mesmo, é uma coisa especial, você tem que dar todo auxílio para ele. Falar com o serviço social para dar um jeito dele ficar aqui. Porque você percebe que por mais simples que seja o caso muitas vezes ele não vai ser devidamente resolvido na cidade dele. Mas mesmo numa cidade próxima como Urucurituba são cinco, seis horas de deslocamento, você percebe, você vê essa dificuldade... (Nelson)

Às vezes a expectativa do paciente não é só essa, porque ele quem viveu a situação de ficar meses esperando... uma pessoa vir de tão longe pra falar com ela e chegar lá e em dois minutos ser atendido, resolver o problema, foi atendido em dois minutos... (Guilherme)

A experiência mais gratificante que eu tive, acredito que muitos aqui tiveram também, foi durante os atendimentos. Atender pessoas que têm uma dificuldade muito grande de chegar ao local, tem que pegar barco... Ou seja, outras dificuldades de chegar ao local, quando chegavam no local para atendimento simplesmente fazia uma anamnese completa, ter uma conversa com o paciente, a gratidão deles que eles passavam para ti... Muitas vezes procurava atendimento não tinham sido atendidos dessa forma. Isso foi tão gratificante assim que nossa! [...] como muitos que já falaram aqui, isso superou as expectativas. (Nei)

Os internos ressaltam que, para a pessoa do interior, principalmente aqueles das áreas ribeirinhas, ir à consulta médica na capital por vezes é um planejamento que demanda tempo, dinheiro e energia da pessoa e da família. Em alguns casos, trata-se de uma oportunidade única de contato da pessoa com o sistema de saúde. E a responsabilidade nesse caso é manifestada pela forma com que tratamos essas pessoas. Ressaltam, de maneira indignada,

que por vezes nesses casos o paciente é atendido em “dois minutos”, tempo a que toda a expectativa e preparação do paciente são reduzidas. A partir de sua posição, de estar terminando seu estágio no interior, os estudantes falam da satisfação de atender bem a esses pacientes, realizando uma anamnese bem feita e dando voz ao paciente, num ato de responsabilidade com aquele que vem de longe, de outro mundo, com outros saberes.

Os professores também apontam essa dimensão da responsabilidade da posição de quem gerencia a experiência.

Então, que independente de onde eles estiverem na rede de saúde depois, que eles tenham isso como um valor agregado. Que o Internato Rural consiga dar... agregar esse valor de respeito ao ser humano, e principalmente a essas pessoas do interior. Porque aqui eles vão estar rodando, indígena, caboclo, eles estão aqui na rede, né? Eles não estão só lá, eles estão aqui também, então que eles vejam isso de uma forma diferenciada... (Alfredo - docente)

E outra coisa importante que eu também converso com eles, com os da medicina em particular... Que independente de onde eles estiverem depois, seja num consultório particular, seja numa enfermaria, seja como especialista, subespecialista, mas que eles tenham essa experiência do Internato Rural pra entender e ser sensível. Quando aquele camarada tá vindo lá de Tabatinga, ferrado, às vezes de barco, de avião transferido, que ele lembre, não é... da dificuldade de acesso aqui desse Estado, o que a pessoa passou pra chegar em Manaus, naquele nível crítico às vezes de saúde, que ele seja sensível às pessoas do interior. Que eles não estão aqui à toa de passagem... (Alfredo - docente)

Esse compromisso na fala do professor diz respeito principalmente à dificuldade de acesso aos serviços de saúde no interior, sobretudo na atenção mais especializada, um dos grandes motivos do trânsito de pessoas entre interior e capital. A ideia é que o estudante no Internato Rural possa conhecer um pouco o modo de vida dessas pessoas e entender a dificuldade de acesso, para que, mesmo ao trabalhar na capital, em especialidades médicas, possam ter sensibilidade especial com essa população.

No sentido de fazer um enlace final da expressão da responsabilidade pessoal e coletiva no Internato Rural, é interessante analisar dois fragmentos emblemáticos das narrativas dos estudantes. O primeiro trata exatamente do que Hannah Arendt chamou de “responsabilidade pessoal”, num exemplo cotidiano do que Eichmann fez em seu julgamento. O segundo representa a fala de um aluno indígena refletindo junto ao tio sobre sua experiência no Internato Rural, sobre o que pode significar para seu povo sua formatura em Medicina, numa bela expressão de responsabilidade coletiva.

Às vezes você está fazendo algum atendimento e acha que a responsabilidade é, digamos, da prefeitura de fazer isso... acha que responsabilidade é do hospital de ajeitar isso aqui. Sendo que tu pode fazer alguma coisa. Alguns têm isso: “Ah, a responsabilidade é de lá da prefeitura...” [...] São responsabilidades mais logísticas: “Ah, eu quero passar tal remédio.”. “Mas não tem doutor.”. “Ah, a responsabilidade

é da Secretaria de Saúde de não ter.” Entendeu? Ao invés de você pode procurar substituir um por um que tenha aqui também, entendeu? (Arlindo)

Nessa narrativa, o estudante traz um fato muito comum, que é colocar a responsabilidade no sistema (prefeitura) por uma ação que é pessoal. Hannah Arendt faz considerações sobre esse tipo de atitude ao analisar o discurso de Adolf Eichmann em seu julgamento, daí a motivação para termo “dente de engrenagem” que utiliza para designar burocratas que têm dificuldade para refletir sobre seu trabalho e são capazes de tomar atitudes que podem até prejudicar as pessoas, colocando a culpa no sistema, e ao fazê-lo, se eximem da responsabilidade de seus atos. A questão é que há o poder de escolha em fazer ou não determinado ato, baseado em seu próprio juízo crítico, tendo, portanto a responsabilidade pessoal pelo mesmo. Para Arendt, não se pode desconsiderar o funcionamento do sistema, mas a responsabilidade pessoal não pode, de maneira alguma, ser transferida para o mesmo. Nesse caso, deixar de utilizar todo seu potencial para colocar a responsabilidade na prefeitura é esconder as próprias limitações por detrás de uma suposta culpa alheia.

O senso de responsabilidade coletiva é refletido na fala abaixo, de um aluno de Medicina índio narrando a conversa com um parente. A reflexão considera os membros de sua comunidade que estão se formando em universidades, e com isso pretendem ajudar e contribuir para a mudança de vida de seu povo:

Tio, caramba, que bom que daqui a pouco a gente vai conseguir formar uma sociedade diferente do que tínhamos há 20, 15 anos atrás, entendeu? (Bira)

Com sua ação como médico, junto a outros parentes em outras profissões, ele vislumbra contribuir com uma nova forma de organização social para seu povo. Isso não significa um processo de aculturação dos índios, pois muitos povos hoje conservam sua cultura mas têm uma organização social forte, capaz de fazer com que não vivam em isolamento e tenham condições básicas para uma vida de qualidade. Em sua narrativa, percebe-se que sua inserção na medicina e a proximidade de sua formatura não têm o propósito de um benefício pessoal apenas, mas é uma conquista e representam um ganho para todo seu povo, numa manifestação significativa da noção de responsabilidade coletiva. Essa ação representa um exemplo dos povos indígenas para a sociedade brasileira em geral, de que a medicina pode ser praticada e ensinada, sob a bandeira da responsabilidade.

As falas finais nos dão a noção das possibilidades que temos de ajudar a produzir outras formas de pensar a partir de experiências como a do Internato Rural. É importante considerar que as narrativas já são interpretações e reelaborações da experiência vivida. Como

explicitado no percurso metodológico deste trabalho, ao narrar o sujeito tem a oportunidade de refletir sobre o que se passou, trazendo para o racional como a história (re)aparece para ele. Só por esse fato, as falas dos sujeitos aqui colocadas já estão imbuídas de um processo reflexivo diferenciado, que se dá através da narrativa e traz à tona a questão da responsabilidade. Outrossim, as narrativas nos mostram que a experiência integral do Internato Rural é capaz de fazer aparecer de maneira diferenciada *o outro* no cenário do encontro, na forma de protagonista, e não como mero expectador de prescrições descoladas da realidade.

Com essa perspectiva de alteridade que emerge do cotidiano das práticas a partir da noção de responsabilidade pessoal e coletiva, o Internato Rural pode contribuir para o reconhecimento da importância do cuidado com o mundo e com a coletividade, como atributos que estão acima dos interesses individuais (ASSY, 2004). Essa perspectiva adquire centralidade para a medicina, como uma profissão eminentemente relacional e destinada a proporcionar o bem para as pessoas, na medida em que se fazem necessárias ações para que os efeitos negativos da modernidade sejam reconhecidos e que a *fronteira da responsabilidade* não represente mais um desafio, fazendo prevalecer valores e atitudes de uma boa prática, baseados na alteridade e no amor ao mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Internato Rural se constitui numa ação diferenciada nos itinerários formativos dos estudantes de Medicina, pois cria a oportunidade de conhecerem a realidade do interior de seu país, ao mesmo tempo em que é um momento intenso de treinamento em serviço e vivência numa realidade distinta da que estão acostumados. Pedagogicamente, o estágio congrega aspectos dos diferentes domínios da aprendizagem a partir de problemas que se apresentam não de maneira recortada por área de conhecimento ou faixa etária, mas se apresentando em toda sua complexidade. Possibilita que o estudante não só exercite a clínica, mas que vivencie e se deixe sensibilizar pelo contexto local.

O estágio traz importantes contribuições para a formação médica, principalmente em relação aos aspectos humanísticos, proporcionando o exercício do olhar crítico e reflexivo por parte do estudante. Porém, não apenas em relação à produção do conhecimento, mas principalmente a partir da vivência da realidade do mundo.

Trata-se de um mundo que tem pouca visibilidade em sua integralidade, cujo imaginário social fica limitado às copas das árvores, e pouco enxerga o modo de viver de milhares de pessoas que habitam as pequenas cidades, as áreas ribeirinhas e os seringais da Amazônia. Realidade de certa forma esquecida pelo poder público, que não se cansa de reproduzir modelos aplicados em outros locais, como as regiões mais centrais do País, no contexto do interior da floresta, esbarrando quase sempre nas especificidades locais da região Norte.

Nesse módulo de internato, os estudantes vivem uma situação especial. Eles estão em final de curso, com a expectativa da formatura, mas ainda são imaturos na medicina, habituados ao cenário protegido do hospital ou de ambulatórios de professores e residentes. Alguns poucos estiveram fora de casa no contexto amazônico. Em alguns casos, conhecem até outros estados ou países, mas pouco sabem sobre o interior de seu estado ou de sua região. Trata-se, também, para grande parte dos estudantes, do início da passagem de uma fase pré-política para uma atuação política, da esfera privada para a efetiva entrada no espaço público (ARENDDT, 1997).

Esse *début* no espaço público acontece num local novo, até então imaginado com base em pontos de vista que pouco se aproximam da realidade do interior. Ou porque permanecem nas copas das árvores, ou por que veem sempre com olhos voltados para as carências, dificuldades e distâncias, e menosprezando a potencialidade do contato com gente acolhedora, que tem sua felicidade talvez menos nos bens materiais, no luxo e no mundo do consumo,

mas que valoriza o contato com a natureza, não no sentido ingênuo que vem se revestindo nos últimos tempos, mas que enxerga no contato com os rios, as paisagens, as matas e as pessoas uma forma boa de viver. O referencial arendtiano nos permite analisar amplamente as questões envolvidas nos itinerários formativos dos estudantes de medicina, com base em valores ético-políticos tendo como *ethos* a noção de responsabilidade, o que para medicina pode se traduzir no cuidado como valor.

Ao analisar as consequências da modernidade no mundo em que vivemos, sobretudo no advento da ideia da universalização como uniformização de pensamentos e práticas, os estudos de Arendt possibilitam a compreensão da biomedicina em bases filosóficas políticas, nos mostrando como deixamos de centrar nossas preocupações com o mundo e com as pessoas. E, apesar de não enveredar no “como fazer”, não deixa de apontar o caminho da reconciliação com o mundo, na perspectiva da pluralidade, depositando sua esperança nos novos e ressaltando a importância da educação nesse processo.

Como ressaltado em Papadimos (2009), o referencial arendtiano nos leva a criar formas de enfatizar, na educação, o pensamento reflexivo e o juízo crítico como base para o desenvolvimento da responsabilidade. Ao enfatizar a incapacidade de pensar em Eichmann, Arendt ajudou a elucidar um dos problemas cotidianos mais comuns na atualidade, relacionado diretamente com o ponto de vista uniformizador da formação de uma sociedade de massas e da ciência como a única produtora de verdades. Na prática médica, a incapacidade de pensar pode levar a atitudes condizentes com uma “má medicina” (TESSER, 2009), e à condutas pouco responsáveis, que podem favorecer apenas o complexo médico industrial ou podem resultar até em iatrogenias.

Nesse momento de mudança de paradigmas, uma série de novas ações tem contribuído para a transformação dos itinerários formativos em Medicina, sendo o Internato Rural uma delas. Nos estudos internacionais, as experiências nas áreas rurais em âmbito de graduação são basicamente tratadas como ações de interiorização, ou seja, que contribuem para a diminuição das desigualdades regionais e entre áreas urbanas e rurais, sendo este um problema de âmbito mundial. Este trabalho, embora tenha resgatado dados dessas desigualdades e evidências de sua contribuição para o enfrentamento do problema, não teve esse propósito como objeto central, procurando essencialmente explorar as suas contribuições para os itinerários formativos dos estudantes de medicina, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento de atitudes.

Nesse sentido, cabe explicitar algumas questões que foram melhores compreendidos pelo presente estudo, nas três categorias em que trabalhou: o encontro com a realidade (mundo), o diálogo com os saberes e práticas populares e expressão da responsabilidade.

Ao iniciarem o Internato Rural, os estudantes se sentem em outro mundo, numa realidade que efetivamente não conhecem e que encaram e se deixam surpreender. A carga afetiva da vivência na realidade, por um lado, gera surpresa por revelar uma felicidade possível sem as facilidades existentes nas capitais, e também por um sistema de saúde mais organizado que pensavam, onde é possível fazer uma boa medicina, com resolutividade maior que imaginavam. Por outro, mostram a perplexidade diante das dificuldades financeiras e de deslocamento que vivem, que às vezes impactam negativamente na busca por cuidado. Os estudantes ficaram sensibilizados também pelo acolhimento e valorização da figura do médico na comunidade, pois ao olhar dos moradores, eles já se encontram na posição de doutores.

Essa sensibilização parece criar, ou enfatizar, um sentimento de pertença ao local e à região como um todo, numa possível reconciliação com o mundo, em manifestações narrativas que evocam o sentimento arendtiano de *amor mundi*. A partir desse processo de valoração, as reflexões se voltaram inclusive para a possibilidade de viver essa situação como médico, numa possível ida (ou volta) para o interior.

É claro que não é possível, diante desse fato, na realização deste estudo, reafirmar que o Internato Rural na Amazônia é fator de recrutamento ou fixação de profissionais do interior, mas sua contribuição está em buscar elementos que ajudem a compreender como esse processo de valoração parece acontecer. E também, agora sim, na reafirmação da esperança que a ideia arendtiana de renovação do mundo nos traz, com o advento da natalidade e com a apresentação do mundo aos novos através da educação. Essa renovação pode ocorrer tanto a partir das reflexões capitaneadas pela experiência, como também pela presença de professores responsáveis com o mundo e com os novos, trabalhando com base nas concepções de tradição e autoridade que Hannah Arendt nos traz.

Inserido na ideia da vivência desse mundo novo, um dos aspectos mais ricos é o encontro com as pessoas, que não acontece apenas nas condições de médicos e pacientes, mas das diversas maneiras que um estágio de vivência possibilita. Desse encontro no espaço público, no contexto de vida do outro, emerge o diálogo entre saberes e práticas. O cenário nesse encontro é determinante, pois estar no ambiente onde vivem as pessoas, percebendo seu contexto de vida, faz saltar aos olhos sua importância nos processos de adoecimento, bem

como impõe o respeito ao ponto de vista de quem vive diariamente aquela realidade, que é nova para o estudante.

O modelo multidisciplinar do estágio e/ou a inserção dos estudantes em uma equipe de saúde local também contribui para uma outra maneira de olhar os problemas e os pacientes. Mesmo em um contexto mais amplo de fragmentação de conhecimento, o movimento do Internato Rural como integrante do itinerário formativo é de integração de saberes, de exercício do contato com múltiplos olhares, e de formação de uma concepção holística da pessoa e do adoecimento.

Embora o estudo tenha demonstrado essa perspectiva como contribuição da experiência, esta não se pode ser naturalizada, como se esse movimento acontecesse da mesma forma e ao mesmo tempo em todas as pessoas e em todos os lugares. Entendendo as pessoas de acordo com sua singularidade e suas vivências distintas, a depender das situações que se apresentam no período de estágio, do contexto local e do encontro com as pessoas, compreende-se esse exercício apenas como um movimento no sentido da mudança de paradigma, que vai ser mais ou menos efetivo, dependendo dessas condições explicitadas.

Durante o Internato Rural, os estudantes entraram em contato com os saberes e práticas tradicionais dos habitantes da floresta. A prática da reza e do uso de chás não são exclusividade das pessoas que vivem no interior, mas certamente esse contato foi mais intenso na incursão junto àquela população. Esse fato tem possíveis influências de uma histórica dificuldade de acesso ao sistema de saúde, mas também decorre de uma cultura transmitida oralmente de geração para geração.

Nesse encontro, os estudantes puderam perceber a importância de figuras como a parteira tradicional e os pegadores, como agentes de saúde que naturalmente se destacam nas comunidades, em relações marcadas pela vocação e proximidade com parentes que já faziam essas práticas, bem como pela reciprocidade que se desenvolve entre os habitantes da região. Nas narrativas, esse encontro foi visto na maioria das vezes de maneira positiva, sendo ressaltados o respeito e a abertura para o aprendizado que devem estar presente nas relações, numa tendência mais conciliadora no diálogo entre a biomedicina e a medicina tradicional.

Embora essa tenha sido a tônica do encontro, pudemos perceber que os discursos são marcados pelo referencial biomédico, ressaltando a assimetria de poder entre as concepções e certa dificuldade em pensar de maneira diferente, conforme outro referencial epistemológico. Em alguns casos, se expressou uma dificuldade maior em aceitar práticas populares, gerando certo conflito interno nos estudantes. Não obstante, de modo geral as narrativas sobre o

encontro com as práticas da medicina tradicional puderam ser interpretadas como expressão da pluralidade humana, sendo nessa perspectiva inclusive estimuladas por alguns estudantes.

Ao final do Internato Rural, este pareceu ser encarado pelo estudante não somente como um estágio a mais que tiveram que passar ao longo de seu curso, mas como uma verdadeira experiência de vida. Por ter caráter integral, afetando trabalho, vida pessoal, convivência, lazer etc., o Internato Rural parece contribuir para o amadurecimento pessoal e profissional do estudante. Vários referiram algum grau de mudança em seus pontos de vista, seja sobre a realidade do interior, seja sobre a profissão, sobre a vida ou sobre o mundo.

Desse indício, podemos admitir que se trata de um momento em que o pensamento e a reflexão sobre o mundo podem ser estimulados. Durante o ato de narrar, frente ao estímulo de contar e analisar o seu período de Internato Rural, os estudantes já foram conduzidos ao exercício do pensamento reflexivo sobre a experiência. No ato da narrativa ou em outros momentos ao longo do internato, os estudantes puderam pensar sobre a sua posição de “finalista” de um curso de medicina, sobre o que significa ser um bom médico e que atitudes são desejáveis para uma boa prática médica. Ficou muito forte nas narrativas o fato do Internato Rural ter mobilizado atitudes como a humildade, a escuta, a flexibilidade e a paciência.

Talvez essas sejam virtudes em que o cenário do interior e o contato com seu povo favoreçam o seu desenvolvimento. De fato, vivenciar uma experiência num cenário extra-hospitalar, no ambiente de vida da população que eles se relacionam, e na realidade peculiar do interior da Amazônia, pode “tocar” o estudante para sua real situação no mundo. Para eles, parece mesmo que “o mundo é bem maior do que se imagina”, havendo a possibilidade concreta de ocorrer o chamado “choque de humildade”, referido por um dos estudantes entrevistados.

Essa vivência parece trabalhar de alguma forma as noções de responsabilidade pessoal e coletiva por parte dos estudantes. Para isso, houve a formação de um juízo sobre a prática médica, baseado tanto na percepção do significado da presença deles ali para aquela população, como nos bons e maus exemplos com que tiveram oportunidade de conviver. Houve inclusive a oportunidade de ajuizar-se do médico que não querem ser. Dessa forma, emergiu o senso de responsabilidade pessoal trabalhada por Hannah Arendt, na escolha de “que outro queremos conviver” em pensamento. A experiência fez emergir também o senso de responsabilidade vicária por pertencer ao coletivo da universidade pública, e reconhecer que isso só é possível pelo investimento público. Por estarem nessa condição, ressaltam a importância e a responsabilidade de atuarem no interior do estado no Internato Rural,

podendo ser firmado um compromisso especial com essa população, independentemente de onde e em que especialidade vão atuar como médicos.

O presente estudo tem suas limitações que são próprias de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativa, não tendo pretendido testar hipóteses ou fazer generalizações. Não obstante, além dos resultados serem valiosos no sentido de apontar questões que podem representar contribuições das experiências de Internato Rural na Amazônia para a formação médica, eles abrem caminhos para futuras investigações que visem aprofundar alguns dos aspectos abordados ou elucidar com mais clareza as relações pedagógicas desta atividade no currículo de medicina. Dentre as sugestões possíveis que o estudo suscita para as experiências de Internato Rural, gostaria de salientar a importância do papel do professor em promover reflexões sobre a experiência vivida através de dispositivos como o portfólio reflexivo. Com esse processo de avaliação formativa pode-se ampliar o significado do estágio para o estudante, para além de um processo de interiorização que visa recrutamento ou fixação, mas que o potencialize como uma experiência de vida, que pode contribuir para a formação de um médico mais humano, responsável e consciente das necessidades da população.

As especificidades regionais da Amazônia, caracterizadas por sua história e cultura diferenciadas, bem como da maneira como a consideramos no cenário brasileiro e mundial contemporâneos, nos permitem considerá-la um “mundo” onde as formas de pensar e agir são distintas. Mesmo ainda havendo um dilema entre as perspectivas desenvolvimentista e ambientalista, vem crescendo no imaginário social e nas ações institucionais uma consciência favorável a uma vida harmoniosa e ao mesmo tempo sustentável com o ambiente. Na construção dessa forma de pensar a região, baseada na sustentabilidade, a noção de cuidado integral inclui não só a preservação da floresta, mas também o cuidado com o povo que vive nela, que deve ser pensado e praticado de maneira diferenciada.

Penso que as experiências de Internato Rural podem contribuir para essa construção, levantando e ressaltando questões de relevância para a visibilidade da Amazônia no contexto de transformação da educação médica e na trajetória de consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR-DA-SILVA et al. Abordagens pedagógicas e tendências de mudanças nas escolas médicas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, Supl. 1, p. 53-62, 2009.
- ALBUQUERQUE, V.S.; TANJI, S; SILVA, C.M.S.L.M.D; MOÇO, E.T.M.; FELLIPE, K.C.; MIRANDA, J.F.A. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 31, n. 3, p. 296-303, 2007.
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010.
- ALMEIDA, V.S. A distinção entre conhecer e pensar em Hannah Arendt e sua relevância para a educação. *Educação e Pesquisa*, v.36, n.3, p. 853-865, 2010.
- ALMEIDA, V.S. *Educação em Hannah Arendt: entre o mundo deserto e o amor ao mundo*. São Paulo: Cortez, 2011.
- ALVES NETO, R.R. *Alienações do mundo: uma nova interpretação da obra de Hannah Arendt*. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2009.
- AMARAL F.T.V.; TRONCON, L.S.A. Participação de Estudantes de Medicina como Avaliadores em Exame Estruturado de Habilidades Clínicas (Osce). *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 31, n. 1: p. 81-89, 2007.
- ANDERSON M.I.P.; RODRIGUES, R.D. Integralidade na prática do médico de família e na Atenção Primária à Saúde. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. *Tratado de Medicina e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 71-83.
- ANDRADE, M.C. Geografia rural: questões teórico-metodológicas e técnicas. CAMPO-TERRITÓRIO. *Revista de Geografia Agrária*, v. 5, n. 9, p. 5-16, 2010
- ANGROSINO, M. *Etnografia e Observação Participante*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ANJOS, R.M.P.; GIANINI, R.J.; MINARI, F.C.; LUCA, A.H.S.; RODRIGUES, M.P. “Vivendo o SUS”: uma experiência prática no cenário da atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 1: p. 172-183, 2010.
- ARANHA, M.L.A. *Filosofia da Educação*. São Paulo: Moderna, 1996.
- ARENDT, H. *A Condição Humana*. 8.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- ARENDT, H. *A vida do espírito*. 3.ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- ARENDT, H. *Entre o passado e o futuro*. 6.ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.
- ARENDT, H. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

ARNOUS, A.H.; SANTOS, A.S.; BEINNER, R.P.C. Plantas Medicinais de uso caseiro: conhecimento popular e interesse por cultivo comunitário. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.6, n.2, p.1-6, 2005.

ASSUNÇÃO, L.F.; MELO, G.C.M.P.; MACIEL, D. Relação Médico-paciente Permeando o Currículo na Ótica do Estudante. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3: p. 383-389, 2008

ASSY, B. Introdução à edição brasileira. “Fases privadas em espaços públicos”: por uma ética da responsabilidade. In: ARENDT, H. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004, p. 31-60.

AYRES, J.R.C.M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BACH, A. Julgar é preciso... (considerações sobre o pensamento de Hannah Arendt). *Cadernos de Ética e Filosofia Política*, v. 9, n. 2, p. 17-40, 2006.

BAPTISTA, T.W.F. *Caminhos e Percalços da Política de Saúde no Brasil: vinte anos da reforma sanitária*. Consultoria Ministério da Saúde, Projeto Nordeste II, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), anos 1996/1997.

BARBOSA, H.F. *Formação médica e Internato Rural: em busca da identidade pedagógica de uma experiência*. [Dissertação]. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Educação, 1995.

BECKER, H.S.; GEER, B.; HUGHES, E.C.; STRAUSS, A.L. *Boys in White: student culture in medical school*. Chicago: University of Chicago Press, 1961.

BENTES A.; LEITE, A.J.M.; MONTENEGRO, A.P.D.R. et al. Preceptor de Residência Médica: Funções, Competências e Desafios. A contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos! *Cadernos da ABEM*, v. 9, p. 32-38, 2013.

BERBEL, N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, n. 2, 1998.

BEZERRA, T.O.C; GURGEL, C. A política pública de cotas em Universidades, desempenho acadêmico e inclusão social. *Sustainable Business International Journal*, n. 9, 2011.

BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 30, n. 1, p. 27-31, 2006.

BLASCO, P.G. *Educação médica, medicina de família e humanismo: expectativas, dilemas e motivações do estudante de Medicina analisadas a partir da discussão sobre produções cinematográficas*. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2002.

BÖHM, G.M.; WEN, C.L. *Estação digital médica e estágio rural multiprofissional: proposta de estratégia de integração regional através de ação da cidadania, resgate social e inclusão*

digital. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disciplina de Telemedicina. Abril de 2005. Disponível em <www.estacaodigitalmedica.com.br/edm/institucional/liga/estagiorural.pdf> Acesso em: 02 set 2009.

BORBA, P.C. A saúde da família na Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte. In: PINHEIRO, R; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. (Org.). *Ensino – Trabalho – Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro: Cepesc, p. 45-56, 2006.

BORDENAVE, J; PEREIRA, A. *Estratégias de ensino aprendizagem*. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *O projeto Rondon*. Rio de Janeiro: Bloch, 1972 (Coleção Brasil Hoje, 9).

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Uma visão do campus avançado pelo Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras e Fundação Projeto Rondon*. Brasília: MEC/DDD, 1980.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CNS, 7 de novembro de 2001. Brasília (DF): MEC/Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de qualificação da atenção à saúde na Amazônia Legal – Saúde Amazônia. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. Departamento de Saúde Indígena – DSAI / Funasa. Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional – Depin / Funasa, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Casa Civil. *Lei nº 11.788*, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem Populacional*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>> acesso em: 1 out. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Disponível em: <http://www.prosaude.org>. Acesso em: 01 out. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Disponível em: <http://www.prosaude.org>. Acesso em: 01 out. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 290, de fevereiro de 2013. Institui o componente construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) aos Estados e Municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, 2013d.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS *Tabnet*. Disponível em <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/materia_novo.htm> Acesso em 15 de julho de 2013e.

BRASILEIRO, B.G.; PIZZILO, V.R.; MATOS, D.S.; GERMANO, A.M.; JAMAL, C.M. Plantas Medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares, MG, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 44, n. 4, 2008

BRAYNER, F.H.A. Um mundo entre os homens (um confronto entre Hannah Arendt e Paulo Freire). 32^a Reunião anual da ANPED 2009 - Sociedade, cultura e educação: novas regulações? Disponível em <http://www.anped.org.br/reunioes/32ra/trabalho_gt_06.html>

BROWN, B.B.; WESTON, W.W.; STEWART, M. O primeiro componente: explorando a doença e a experiência de doença. In: STEWART, M.; BROWN, J.B.; WESTON, W.W. et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2 ed. Porto Alegre : Artmed, 2010, p. 53-70.

BROWN, J.B.B.; WESTON, W.W.; McWILLIAM, C.L. O sexto componente: sendo realista. In: STEWART, M.; BROWN, J.B.; WESTON, W.W. et al. *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o método clínico*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 151-168.

BUCHILETT, D. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP, 1991a

BUCHILETT, D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILETT, D. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP, 1991b, p. 21-44.

CABRAL, P.E.; MACHADO, J.L.M.; MACHADO, V.M.P.; POMPÍLIO, M.A.; VINHA, J.M.; AYACH, W.; MATTOS, M.C.I. Serviço e Comunidade, Vetores para a Formação em

Saúde: o Curso de Medicina da Uniderp. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3: p. 374-382, 2008

CAMARGO, K.R. A Biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n.1: p. 45-68, 1997.

CAMARGO, K.R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005, p. 91-101.

CANESQUI, A.M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 109-124, 2003.

CAPRARA, A. Escuta como cuidado: é possível ensinar? In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007, p. 231-246.

CARELLI F.B.; POMPILHO, C.E. O silêncio dos inocentes: por um estudo narrativo da prática médica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 46, p. 677-681, 2013.

CARVALHO, J.C. A liberdade educa ou a educação liberta? Uma crítica das pedagogias da autonomia à luz do pensamento de Hannah Arendt. *Educação e Pesquisa*, v. 36, n. 3, p. 839-851, 2010.

CECCIM, R.B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004, p. 259-278.

CECCIM, R.B.; PINTO, L.F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v., 31, n. 3, p. 266-277, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *O Médico e seu Trabalho: resultados da Região Norte e seus Estados*. Brasília: CFM, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Demografia Médica*. V. II: Cenários e indicadores de distribuição. Brasília: CFM, 2013.

COUPER, I.D. Rural hospital focus: definition rural. *Rural and Remote Health*. 3 (on-line), 201, 2003. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_205.pdf>

CUNHA, E. *Um Paraíso Perdido*: ensaios, estudos e pronunciamentos sobre a Amazônia. Rio Branco: Tribunal de Justiça, 2003a.

CUNHA, E. *À margem da história*: temas brasileiros. Rio Branco: Tribunal de Justiça, 2003b.

CURY, G.C. Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG: 25 anos de existência. 2003. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos_abem/pdf/art_geraldo_cury_completo.pdf> Acesso em 02 de setembro de 2009

DERESSA, W.; AZAZH, A. Attitudes of undergraduate medical students of Addis Ababa University towards medical practice and migration, Ethiopia. *BMC Medical Education*. On-line: 12:68, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/68>

DEWEY, J. *Experiência e educação*. Petrópolis: Vozes, 2011.

DINIZ, D.S. A “*Ciências das Doenças*” e a “*Arte de Curar*”: Trajetórias da Medicina Hipocrática. Dissertação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2006.

DUTRA, E. A narrativa como técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*. V. 7, n. 2, p. 371-378, 2002.

FAVORETO, C. A Narrativa na e sobre a Clínica na Atenção Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde. Tese. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2007.

FERREIRA, A.R. Enfermidades endêmicas da capitania de Mato Grosso. In: PÔRTO, A.A. (org.). *Enfermidades endêmicas da capitania de Mato Grosso: a memória de Alexandre Rodrigues Ferreira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FEUERWERKER, L.C.M. *Além do discurso de mudanças na educação médica*. São Paulo: Hucitec, 2002. 306p.

FIGUEIREDO, A.M.F. Anfiteatro da cura: pajelança e medicina na Amazônia no limiar do século XX. In: CHALOUB, S.; MARQUES, V.R.B.; SAMPAIO, G.R.; SOBRINHO, C.R.G. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: EdUnicamp, 2003, p.271-304.

FOLLÉR, M.L. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (org.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. p. 129-147.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1998.

FRANÇA, W.F.A.; MARQUES, M.M.M.R.; LIRA, K.D.L.; HIGINO, M.E. Terapêutica com plantas medicinais nas doenças bucais: a percepção dos profissionais no programa de saúde da família do Recife. *Odontologia Clínica-Científica*, v. 6, n. 3, p. 233-237, 2007.

FRAXE, T.J.P.; WITKOSKI, A.C.; MIGUEZ, S.F. O *ser* da Amazônia: identidade e invisibilidade. *Ciência e Cultura*, v. 61, n. 3, p. 30-32, 2009

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 50^a ed.rev.atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.

FREYRE, G. *Rurbanização: O que é?*. Recife: Massangana, 1982.

GADOTTI, M. *História das ideias pedagógicas*. São Paulo: Ática, 2006.

GADOTTI, M. *Pensamento Pedagógico Brasileiro*. São Paulo: Ática, 1987.

GALLOIS, D. A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etológico indígena? In: BUCHILETT, D. *Medicinas tradicionais e Medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP, 1991b, p. 175-205.

GAMA, A.S.; GIFFIN, K.M.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G.P.; D’ORSI, E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009.

GARCIA, J.C. *La educación médica en la América Latina*. Washington: OPAS/OMS, 1972.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. 1ª ed. [reimpr.]. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

GERVAS J. Screening for serious illness. Limits to the power of medicine. *Eur J Gen Pract*, v. 8, p. 47-49, 2002.

GHIRALDELLI JR, P. *História da educação brasileira*. São Paulo: Cortez, 2006.

GIL, C.R.R.; TURINI, B.; CABRERA, M.A.S.; KOHATSU, M.; ORQUIZA, S.M.C. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 2: p. 230-239, 2008.

GOMES, A.P.; DIAS-COELHO, U.C.; CAVALHEIRO, P.O.; GONÇALVEZ, C.A.N. et al. A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 1, p. 105-111, 2008.

GUIMARÃES, E.V. *O Internato Rural e a formação do profissional médico para o Programa de Saúde da Família*. Dissertação. Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, 2004.

GURGEL, C. *Doenças e curas: o Brasil nos primeiros séculos*. São Paulo: Contexto, 2010.

HECKERT, A.L.C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007, p. 199-212.

ILLICH, I. *Sociedade sem Escolas*. Petrópolis: Vozes, 1971.

JAMOULLE M. GUSSO, G. Prevenção Quaternária: primeiro não causar dano. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. *Tratado de Medicina e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 205-211.

JAMOULLE M.; ROLAND, M. *Quaternary prevention and the glossary of general practice/famil medicine*. Diest: Winca, 1995.

JULLIEN, F. *O diálogo entre as culturas: do universal ao multiculturalismo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

KAPADIA, R.K.; McGRATH, B.M. Medical school strategies to increase recruitment of rural-oriented physicians: the Canadian experience. *Canadian Journal of Rural Medicine*, v. 16, n. 1, p. 13-19, 2011.

KAGEYAMA, A. Desenvolvimento rural: conceito e um exemplo de medida. *Cadernos de Ciência e Tecnologia*, v. 21, n. 3, p. 379-408, 2004.

KLEINMAN, A; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, v. 88, n. 2, p. 251-258, 1978.

KOIFMAN, L. A Função da Universidade e a formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 2, p. 145-146, 2010.

LAMPERT, J.B. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec, 2002. 284p

LAMPERT, J.B.; AGUILAR-DA-SILVA, R.H.; PERIM, G.L.; STELLA, R.C.R. et al. Projeto de Avaliação de Tendências de mudança no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, supl. 1, p. 5-18, 2009.

LANGDON, E.J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (org.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 33-51.

LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.

LIMA, G.A.B. *A contestação, um fenômeno mundial, 1: movimento estudantil e ditadura civil-militar nos primeiros anos do Projeto Rondon (1967-69)*. Anais do XVII Encontro Regional da Associação Nacional de História, Seção Minas Gerais, 2012.

LIMA, D.; POZZOBOM, J. Amazônia socioambiental. Sustentabilidade ecológica e diversidade social. *Estudos Avançados*, v. 19, n. 54, 2005.

LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL, 1984.

LUZ, M.T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

LUZ, M.T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Hucitec, 2004a.

LUZ, M.T. Fragilidade social e busca por cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004b, p. 9-20.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M.A.F. *Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MARCH, C.; FERNANDEZ, V.S.; PINHEIRO, R. Ampliando saberes e práticas sobre formação em saúde: processos de inovação e caminhos de transformação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. (org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006, p. 179-204.

MARQUES, M.I.M. O conceito de espaço rural em questão. *Terra Livre*, v. 18, n. 19, p. 95-112, 2002.

MARIN, M.J.S.; CAPUTO, V.G.; ISHIDA, E.; GIOVANETTI, J.N.; PINTO, R.T. Aprendendo com a Prática: Experiência de Estudantes da Famema. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 31, n. 1, p. 90-96, 2007.

MARIN, M.J.S.; LIMA, E.F.G.; PAVIOTTI, A.B.; MATSUYAMA, D.T. 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.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, M.. *Sociologia e Antropologia*. v. II. São Paulo: Edusp, 1974.

MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M.S.M. *Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos*. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006.

MIRANDA, S.M.; PIRES, M.M.S.; NASSAR, S.M.; SILVA, C.A.J. Mudança de atitude dos estudantes durante o curso de Medicina: um estudo de coorte. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 2, p. 212-222, 2012.

MITRE, S.M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J.M.; MORAES-PINTO, N.M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

MIZUKAMI, M.G.N. *Ensino: as abordagens do processo*. São Paulo: EPU, 1986.

MOTA, M.A.; OLIVEIRA, E.S.; MACHADO, M.H. et al. *Gestão do trabalho em saúde na Amazônia Legal*. Documento Técnico elaborado pela equipe do DEGERTS para subsidiar o Eixo Temático do DEGERTS: Amazônia Legal e Gestão do Trabalho no SUS. 2005. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/amazonia_legal1.pdf> Acesso em: 22 ago. 2009.

MUULA, A.S. How do we define “rurality” in the teaching on medical demography. *Rural and Remote Health*, v. 7, p. 653, 2007. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=653>

NEVES, M.A.B.; SPINELLI, M.A. Integração ensino–serviços de saúde: O Internato Rural médico da Universidade Federal de Mato Grosso. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, n. 2, p. 341-366, 2008.

NOGUEIRA, M.I. As mudanças na Educação Médica Brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 2: p. 262-270, 2009.

OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde. Integralidade, cultura e comunicação. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 6, n. 8, p. 63-74, 2002.

OLIVEIRA, P.T.R. O Sistema Único de Saúde, descentralização e desigualdade regional: Um Enfoque sobre a Região da Amazônia Legal. Rio de Janeiro: ENSP, 2005. XX f: il. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA, R.M.; VALLA, V.V. As condições e a experiência de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, supl., p.S77-S88, 2001

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: OPAS, 2011. 113p.

PAPADIMOS, T.J. Reflective thinking and medical students: some thoughtful distillations regarding John Dewey and Hannah Arendt. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. v. 4, n. 1, p. 5-14, 2009.

PEIXOTO, J.M.; RIBEIRO, M.M.F.; AMARAL, C.F.S. Atitude do estudante de Medicina a respeito da relação médico-paciente X modelo pedagógico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 2: p. 229-236, 2011.

PELIZZARI, A.; KRIEGL, M.L.; BARON, M.P.; FINCK, N.T.L.; DOROCINSKI, S.I. Teoria da Aprendizagem significativa segundo Ausubel. *Rev. PEC*, Curitiba, v.2, n. 1, p. 37-42, 2002.

PENCE, G.E. Can compassion be taught? *Journal of Medical Ethics*. v. 9, n. 4, p. 189–191, 1983.

PERES, F, Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 6, p. 1995-2004, 2009.

PÉREZ-GIL, L. Políticas de Saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, p. 48-60, 2007.

PESSOTI, I. A formação humanística do médico. *Medicina*, v. 29, 1996, p. 440-8.

PINHEIRO, R; CECCIM, R.B.; KOIFMANN, L; HENRIQUES, R.M.M. Matriz Analítica das experiências de ensino da integralidade: uma proposição observacional. In: PINHEIRO, R; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. (org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006a, p. 37-54.

- PINHEIRO, R; CECCIM, R.B.; SAIPPA-OLIVEIRA, G; MACEDO, M.C.S. Operacionalizando a pesquisa: a trajetória e o fio condutor de construção da pesquisa. In: PINHEIRO, R; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. (org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006b, p. 55-66.
- PINHEIRO, R. CECCIM, R.B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. (org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006b, p. 14-35
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003, p.7-34.
- PINHEIRO, R; SILVEIRA, R.P.; LOFEGO, J. et al. Apoiando a gestão do SUS em Rio Branco: a estratégia da incubadora da integralidade no desenvolvimento institucional local. Rio de Janeiro: Cepesc, 2013.
- PIRES, A.P. Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais. In POUPART, J et al. (orgs.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 43-94.
- POLIGNANO, M.V.; MELO, E.M.; NASCIMENTO, L.E. et al. *Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG: 25 anos de integração docente- assistencial*. Anais do 2 Congresso Brasileiro de Extensão Universitária Belo Horizonte, 2004.
- PONTE, K.F. (Re)pensando o conceito de rural. *Revista Nera*, v. 7, n. 5, 2004.
- PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- PÔRTO, A.A. (org.). *Enfermidades endêmicas da capitania de Mato Grosso: a memória de Alexandre Rodrigues Ferreira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- RABINOWITZ, H.K. Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved áreas. *New England Journal of Medicine*, v. 328, n. 13, p. 934-939, 1993.
- RABINOWITZ, H.K.; DIAMOND, J.J.; MARKHAM, F.W.; HAZELWOOD, C.E. A Program to increase the number of Family Medicine in underserved areas: impact after 22 years. *JAMA*, v. 281, n. 3, p. 255-260, 1999.
- RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; TORRES, A.R.; MARTINS, S.T.F.; LIMA, M.C.P. Um estranho à minha porta: preparando estudantes de Medicina para visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 2, p. 276-281, 2009.
- REZLER, A.G. Attitudes changes during medical school: a reiew of the literature. *Journal of Medical Education*, v. 49, n. 11, p. 1023-1030, 1974.

- RIOS, I.C.; JUNIOR, A.L.; KAUFMAN, A. VIEIRA, J.E.; SCANAVINO, M.T.; OLIVEIRA, R.A. A Integração das Disciplinas de Humanidades Médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 1, p. 112-121, 2008.
- RODRIGUES, A.G.; SIMONI, C.; SANTOS, M.G. *Qualificação de profissionais do NASF e Saúde da Família para implementação das diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia no SUS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2010.
- ROGERS, C. *Liberdade para aprender*. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.
- ROGERS, C. R. *Terapia centrada no cliente*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- ROSA, G. *Primeiras Estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- ROURKE, J.T.B.; INCITTI, F.; ROURKE, L.L. et al. Relationship between practice location of Ontário family physicians and their rural background or amount of rural medical education experience. *Canadian Journal of Rural Medicine*, v. 10, n. 4, p. 231-239, 2005.
- ROZEMBERG, B. O saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, supl. 1, p. S97-S105, 2007.
- SANTOS, F.S.D. Tradições populares de uso de plantas medicinais na Amazônia. *Histórias, Ciências, Saúde*, v. IV, supl., 2000.
- SANTOS, J.A.L. O conceito de espaço rural e as políticas de governo no Brasil. *Revista Discente Expressões Geográficas*, n. 7, ano VII, p. 95-110, 2011.
- SANTOS, M.S.S.; MENDES, I.A.C. Projeto Rondon: a metodologia educativo-assistencial de trabalho dos estagiários universitários. *Esc. Anna Nery R Enf*, v. 9, n. 1, p. 124-137, 2005.
- SANTOS, S.M. *Parteiras tradicionais da região do entorno de Brasília, DF*. Tese (Doutorado em História) - Departamento de História, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.
- SAVIANI, D. *Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, 11 teses sobre educação e política*. São Paulo: Cortez, 1986.
- SCHRAIBER, L.B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.
- SCHERER, E. Mosaico terra-água: a vulnerabilidade social ribeirinha na Amazônia – Brasil. Anais do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, 2004.
- SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

- SCHUTZ, A. Bases da Fenomenologia. Introdução. In: WAGNER, H.R. (Org.). *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- SILVA, J.M. *A atual política de extensão da Universidade Federal Fluminense*. Monografia. Universidade Cândido Mendes. Faculdade Integrada AVM, Ri de Janeiro, 2013.
- SILVA, R.F.; FRANCISCO, M.A. Portfólio reflexivo: uma estratégia para a formação em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 4, p. 562-570, 2009.
- SILVEIRA, R.P. *Indígenas: por uma atenção diferenciada*. Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF). Porto Alegre: Artmed, v. 2, p. 59-106, 2012.
- SILVEIRA, R.; PINHEIRO, R. Em busca da integralidade na formação médica: revisitando as experiências no ensino de graduação em Medicina. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR. A.G. (org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010, p. 333-348.
- SILVEIRA, R.P.; LEAL, O.; LOFEGO, J. Saúde da Família no curso de Medicina da Universidade Federal do Acre. In: PINHEIRO, R; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. (org.). *Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 15-32.
- SIQUEIRA, D.; OSÓRIO, R. O conceito de rural. In: GIARRACCA, N. (org.). *Una nueva ruralidad em America Latina?* Buenos Aires: CLACSO, 2001. p. 67-79.
- SOARES, A.C.P.; MAIORQUIM, C.R.; SOUZA, C.R.O. et al. A importância da regulamentação da preceptoría para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. *Cadernos da ABEM*. v. 9, p. 14-22, 2013.
- SOARES, T.A. A terceira margem do rio: um navegar de exclusão. Disponível em: <<http://ptmiriamfajardo.pbworks.com/w/page/19749769/Análise%20do%20conto%3A%20%20terceira%20margem%20do%20rio,%20de%20Guimarães%20Rosa>>. Acesso em: 09 out 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Diretoria de Medicina Rural. Grupo de Trabalho de Medicina Rural. *Declaração de Brasília: o conceito de rural e o cuidado à saúde*. 2011. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/390>. Acesso em: 09 out 2013.
- SOMERA, E.A.S.; SOMERA JUNIOR, R.; RONDINA, J.M. Uma proposta da andragogia para a educação continuada na área da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 17, n. 2, p. 102-108, 2010.
- SOMERS, G.T.; STRASSER, R.; JOLLY, B. What does it take? The influence of rural upbringing and sense of rural background on medical students' intention to work in a rural environment, v. 7, p. 706, 2007. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewaust.asp?ArticleID=706> . Acesso em: 09 out 2013.

SPINK, M.J.P.; MENEGON, V.M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M.J.P. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

STELET, B.P. Sobre repercussões de atividades extensionistas na construção de valores e virtudes durante a formação em Medicina. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2012.

STELLA, R.C.R.; BATISTA, N.A. Interiorização do trabalho médico e formação profissional. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J.B.; ARAÚJO, J.G.C. (org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004.

STEWART, M; BROWN, J.B. O Quinto Componente: Intensificando o Relacionamento entre pessoa e médico In: STEWART, M.; BROWN, J.B.; WESTON, W.W. et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 135-149.

STOTZ, E. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

TARGA, L.V. Mobilizando coletivos e construindo competências culturais no cuidado à saúde - estudo antropológico da política brasileira de Atenção Primária à Saúde. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

TARGA, L.V.; OLIVEIRA, F.A. Cultura, saúde e o médico de família. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. *Tratado de Medicina e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 52-59.

TEIXEIRA, A. O manifesto dos pioneiros da educação nova. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, v. 65, n. 150, p. 407-425, 1984.

TEIXEIRA, P.; BRASIL, M.; RIVAS, A.A.F. *Produzir e viver na Amazônia rural: estudo sociodemográfico de comunidades do Médio Solimões*. 2. ed. rev. Manaus: Instituto I-piatam, 2008.

TESSER, C. Três considerações sobre a “má medicina”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 13, n. 31, p. 273-286, 2009.

TESSON, G.; CURRAN, V.; PONG, R.W. et al. Advances in rural medical education in three countries: Canadá, The United States and Austrália. *Rural and Remote Health*, v. 5, p. 397, 2005. Disponível em: http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_397.pdf

THÉRY, H. Situações da Amazônia no Brasil e no continente. *Estudos Avançados*, v. 19, n. 53, p. 37-49, 2005.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Estudantes de Medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções*. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Relatório I. São Paulo:

USP, 2013.

VALLA, V.V. A crise da compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, v. 22, p. 178, 1997.

VAN VELSEN, J. A análise situacional e o método de estudo de caso detalhado. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.). *A antropologia das sociedades contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987.

VASCONCELOS, E.M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, E.M. *Educação Popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde*, 2003. Disponível em: www.redepopsaude.com.br. Acesso em: 09 set. 2013.

VEIGA, J.E. *Cidades imaginárias*. O Brasil é menos urbano do que se calcula. Campinas: Autores Associados, 2002. 304p.

VELHO, G. Observando o familiar. In: NUNES, E.O. *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

VIANA, A.L.A.; MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 23, sup. 2, p. S117-S131, 2007.

VRIES, E.; REID, S. Do South African medical students of rural origin return to rural practice? *South African Medical Journal*, v.. 93, n. 10, p. 789-793, 2003.

WAGNER, H.R. Introdução. In: WAGNER, H.R. (Org.). *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

WEAR, D; ZARCONI, J. Can Compassion be Taught? Let's Ask Our Students. *Journal of General Internal Medicine*. vol. 23, p.7, p. 948-953, 2008.

WHITE, K.L. WILLIAMS, T.F; GREENBERG, B.G. The Ecology of Medical Care. *New England Journal of Medicine*, v. 265, n. 2, p. 885-892, 1961.

WOLFF, C.S. *Mulheres da floresta: uma história: Alto Juruá, Acre (1890-1945)*. São Paulo: Hucitec, 1999.

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. *Wonca working party on rural practice*. Policy on Rural Practice end Rural Health. 2nd ed., 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Dawson Report on the future provision of medical and Allies Services*. London: H.M. Statonery Office, 1920.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care. *Report of the International Conference on Primary Health Care*. Alma Ata - USSR. WHO, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Statistics 2011*. Geneva: WHO, 2012. Disponível em <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>. Acesso em: 15 jul. 2012.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



LAPPIS - INTEGRALIDADE EM SAÚDE



**Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
Sítio Norte – Universidade Federal do Acre**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: INTERNATO RURAL NA AMAZÔNIA: o diálogo entre culturas e a construção da responsabilidade e do juízo crítico nas experiências de ensino-aprendizagem junto à população ribeirinha.

Durante a leitura do documento abaixo fui informado (a) que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com objetivo de tirar dúvidas, para meu melhor esclarecimento.

Eu, _____, fui procurado(a) pelo Pesquisador Rodrigo Pinheiro Silveira [CI 08401425-7 IFP-R] - CRM/ AC 592), sobre o projeto de pesquisa de título acima. Neste estudo, coordenado por ele, fui selecionado(a) por preencher os critérios de inclusão na pesquisa. O estudo é importante para dar subsídios para os debates sobre a interiorização da medicina.

Fui informado(a) sobre o objetivo da pesquisa (Verificar as contribuições do diálogo entre culturas para a formação de estudantes de medicina na Amazônia, com destaque para o domínio afetivo da aprendizagem), e que não haverá risco com minha participação. Também fui avisado(a) que minha participação será apenas em entrevistas, e que estas serão gravadas, e que as gravações serão sigilosas, de uso apenas pelos pesquisadores, sendo proibida a divulgação.

Fui informado (a) que posso negar-me a realizar as entrevistas em qualquer momento da pesquisa seja por vontade própria ou por não concordar com qualquer coisa que estará sendo realizada, sem prejuízo das minhas atividades ou qualquer represália. Posso também pedir esclarecimentos de qualquer natureza sobre o projeto de pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre.