

Os contextos de vulnerabilidades e a produção de cuidado como temas na formação médica

Contexts of vulnerabilities and the production of care as themes in medical education

Matias Aidan Cunha de Sousa^a

 <https://orcid.org/0000-0001-8800-6826>

E-mail: matiascunhao@gmail.com

Erich Barbosa Albuquerque Sales^a

 <https://orcid.org/0000-0001-9734-0738>

E-mail: albuquerque.erich@gmail.com

Giovanna Malheiros de Melo Souza^a

 <https://orcid.org/0000-0003-4407-9200>

E-mail: giovannamalheirosms@gmail.com

Juliana Sampaio^b

 <https://orcid.org/0000-0003-0439-5057>

E-mail: julianasmp@hotmail.com

Daniella de Souza Barbosa^b

 <https://orcid.org/0000-0003-3533-146X>

E-mail: daniella.77.fcm@gmail.com

Dilma Lucena de Oliveira^b

 <https://orcid.org/0000-0003-0586-7335>

E-mail: dilmalu_jp@yahoo.com.br

^aUniversidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências Médicas.

^bUniversidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências Médicas. Departamento de Promoção da Saúde.

Resumo

Este artigo analisa a oferta de um componente curricular na graduação de medicina da Universidade Federal da Paraíba. O módulo em questão foi ofertado como componente optativo, para estudantes do quarto período do curso, durante o ensino remoto emergencial imposto pela covid-19, em 2020. Seu objetivo era problematizar, por meio de rodas de conversa virtuais e outras estratégias pedagógicas participativas, os processos de vulnerabilidade e a produção do cuidado em saúde de diferentes grupos sociais. Para isso, foi utilizada uma triangulação de métodos (quanti-qualitativa) por meio da aplicação de um questionário eletrônico e entrevistas em profundidade com os discentes do módulo. Os dados do questionário passaram por uma análise descritiva, enquanto as entrevistas passaram por uma análise temática através do software IRAMUTEQ. A análise dos dados permitiu perceber os efeitos do módulo como uma forma contra-hegemônica ao modelo de formação biomédica, proporcionando um (re)posicionamento dos estudantes no âmbito acadêmico, social e médico. Percebe-se que a formação médica ainda é pautada em sistemas de opressão como o racismo, a corponormatividade e o patriarcado, porém o módulo permitiu a transgressão desse modelo biomédico ao proporcionar um processo formativo que abrange os cuidados às populações em situação de vulnerabilidade.

Palavras-Chave: Vulnerabilidade e Saúde; Vulnerabilidade Social; Cuidado; Educação de Graduação em Medicina; Educação Médica.

Correspondência

Matias Aidan Cunha de Sousa

Rua José Dionizio da Silva, 449, apartamento 203, bairro Castelo Branco I. João Pessoa, PB, Brasil. CEP 58050660.

Abstract

This article analyzes the offer of a curricular component in the undergraduate course Federal University of Paraíba. The module in question was offered as an optional component for students in the fourth period of the course, during the emergency remote teaching imposed by the COVID-19 in 2020. It aimed to problematize via virtual conversation circles and other participatory pedagogical strategies and address the processes of vulnerability and production of health care in different social groups. For this, a triangulation of methods (quanti-qualitative) was used by applying an electronic questionnaire and in-depth interviews with the students in the module. Questionnaire data underwent descriptive analysis, whereas the interviews, thematic analysis via IRAMUTEQ. Data analysis enabled us to perceive the effects of the module as a counter-hegemonic form to the biomedical training model, providing the academic, social, and medical (re)positioning of students. We observed that medical training still follows systems of oppression such as racism, corponormativity, and patriarchy but the module enabled students to transgress this biomedical model by providing a training process which encompasses care for vulnerable populations.

Keywords: Health Vulnerability. Social Vulnerability. Care. Education, Medical, Undergraduate. Education, Medical.

Introdução

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Graduação em Medicina, instituídas em 2014, já sinalizavam em seu artigo 5º a necessidade do debate sobre a temática da vulnerabilidade, tendo como objetivo a formação de médicos(as) que considerem as dimensões socioeconômicas e culturais da vida dos(as) usuários(as) e dos serviços de saúde (Brasil, 2014). Com isso, busca-se formar profissionais críticos e reflexivos em todos e quaisquer setores da saúde, capazes de compreender o(a) usuário(a) em sua complexidade e não apenas como um corpo biológico; profissionais que devem apoiar os indivíduos, reconhecendo suas potencialidades, a fim de garantir o acesso universal e com equidade à saúde (Brasil, 2014).

Neste artigo, utiliza-se o conceito de populações em situações de vulnerabilidade, trabalhado por Ayres (2003), na busca de superar os limites do conceito epidemiológico de risco, colocando em análise fatores individuais, sociais e programáticos que atravessam as experiências das pessoas nos processos de adoecimento e cuidado. O autor enfatiza que o cuidado deve ter um planejamento social, considerando as várias áreas do conhecimento, sobretudo a educação e a saúde.

Tal perspectiva teórica se torna ainda mais relevante no atual cenário da Saúde Coletiva no Brasil, agravado no ano de 2020 pela pandemia de covid-19, quando se descortinam e (re)potencializam as discrepâncias sociais, econômicas e sanitárias na (re) produção das vulnerabilidades. A covid-19, introduzida no Brasil após viagens internacionais de pessoas com maior poder aquisitivo, atinge de maneira desigual as diferentes populações, produzindo maior mortalidade nos corpos economicamente mais pobres, negros, femininos, com baixo grau de escolaridade e em situação de rua (Estrela *et al.*, 2020).

Dessa forma, questiona-se como os estudantes de um Curso de Graduação em Medicina avaliam a formação médica unida aos cenários de vulnerabilidades impostos a grupos populacionais específicos no Brasil e como as vivências de ensino de um determinado componente curricular podem influenciar no processo de formação acadêmica e cidadã dos futuros médicos.

Assim, este estudo objetiva discutir a oferta do Módulo Integrativo Saúde Coletiva IV e sua contribuição para a formação médica. Esse módulo é um componente da matriz curricular do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que tem como objetivo despertar no(a) estudante o entendimento da produção de cuidado em situações de vulnerabilidade, marcadas pelas diferenças sociais, políticas, econômicas, ambientais, sanitárias e culturais, além de suas implicações na garantia da atenção à saúde integral, de qualidade e universal.

Este módulo se caracteriza como uma estratégia de adequação da formação às atuais DCN, contudo, de forma ainda embrionária, uma vez que é oferecida como componente optativo no ciclo básico do curso. Sabe-se que as discussões de gênero, raça e classe devem ser transversais a todos os componentes curriculares, contudo, sua efetivação é ainda um desafio, numa formação historicamente branca, heteronormativa e patriarcal (Raimondi *et al*, 2019). Sua inovação encontra-se tanto nas temáticas abordadas, quanto na abordagem: centrada na pessoa em situação de vulnerabilidade (visão sociopolítica) e não somente nas doenças que elas apresentam (visão biomédica).

Método

Este artigo é fruto de um estudo exploratório, de campo, com abordagem qualitativa e quantitativa descritiva, congregando, assim, dados objetivos e subjetivos que se complementam de maneira interdependente. Para a produção e sistematização dos dados foi utilizada a triangulação de métodos, buscando uma investigação multifacetada do objeto de estudo (Minayo, 2005).

O cenário deste trabalho foi o Curso de Graduação em Medicina do Centro de Ciências Médicas (CCM) da UFPB, localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba. Os sujeitos da pesquisa foram os discentes da referida graduação que cursaram o “Módulo Integrativo Saúde Coletiva IV: Vulnerabilidade e Cuidado” no semestre letivo de 2020.1 que,

devido à excepcionalidade do isolamento social imposto pela pandemia da covid-19, teve suas atividades de ensino desenvolvidas entre os meses de setembro e dezembro de 2020 na modalidade de ensino remoto emergencial. O módulo foi ofertado na grade curricular do quarto período letivo, sem pré-requisitos, oferecido por três professoras, com vagas para 45 estudantes do curso de medicina da referida instituição, organizados em três subturmas de 15 estudantes cada.

O referido componente curricular abordou os seguintes temas geradores: (1) capitalismo e desigualdade social; (2) necropolítica e movimentos de resistência; (3) vulnerabilidade e modos de existência; e (4) educação popular. As quatro temáticas nortearam debates sobre como os diferentes contextos de vulnerabilização se relacionam com os modos de produção de cuidado junto a diferentes populações.

O curso contou com dois estudantes monitores, que tinham a função de assessorar as professoras no manejo das tecnologias digitais, dinamização das aulas e planejamento de atividades didáticas, apoiando os estudantes nas pesquisas e estudos. A monitoria serviu, ainda, como um suporte de comunicação e de resoluções de dúvidas dos estudantes matriculados, ofertando comunicação por meio de grupos em aplicativo de mensagem.

A estratégia de ensino remoto do Módulo Integrativo de Saúde Coletiva IV se valeu de aulas semanais síncronas (via Google Meet) e assíncronas (via WhatsApp e SIGAA¹). Nos momentos síncronos, durante uma hora, ocorriam rodas de conversa com professores(as) e pessoas de grupos em contexto de vulnerabilidades convidados, e durante a segunda hora seguinte, debate do material bibliográfico recomendado para a aula (ex.: artigos científicos, capítulos de livros, músicas e vídeos).

Nos momentos assíncronos, se desenvolveram duas estratégias pedagógicas. A primeira consistia em os estudantes postarem no grupo do WhatsApp da turma, antes da aula síncrona, comentários e análises sobre o material bibliográfico recomendado. A segunda estratégia consistiu em dividir cada

1 Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas utilizado pela UFPB.

subturma em cinco equipes de três pessoas cada. Como trabalho final do módulo, cada equipe produziu uma problematização teórica, a partir dos temas, sobre os contextos de vulnerabilidade que interferem na produção do cuidado a uma população específica. A partir da negociação entre os objetivos do módulo e os interesses dos estudantes, foram trabalhados os contextos de vulnerabilidades das seguintes populações: 1) População Negra; 2) Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual e mais (LGBTQIA+) 3) Mulheres; 4) Indígenas; 5) Pessoas com Deficiência; 6) Pessoas em Situação de Rua; e 7) Pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Para a produção do presente estudo, ao final do módulo, foi realizada uma pesquisa exploratória com 27 dos 29 discentes efetivamente matriculados no módulo que aceitaram participar da pesquisa. De início, foi desenvolvido um questionário fechado, eletrônico, não assistido, realizado por meio do Google Formulários. Antes da aplicação do questionário, os discentes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, seus benefícios e riscos, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário foi dividido em duas seções. Na primeira, foram coletados dados sociodemográficos e sobre gênero e sexualidade dos participantes da pesquisa, para que fosse possível construir um perfil dos estudantes que escolheram o módulo. Na segunda seção, foi solicitada a avaliação dos estudantes acerca dos objetivos do módulo, as competências adquiridas e os temas e materiais trabalhados, utilizando uma escala do tipo Likert de cinco pontos, na qual os respondentes deram uma nota de 1 para muito ruim a 5 para excelente. Para análise das respostas, foi utilizada a estatística descritiva, com nível de confiabilidade de 95%, apresentando margem de erro de 5,04%, visto que se obteve uma amostra de 27 respondentes na população de 29 discentes matriculados no curso.

Por fim, foram realizadas entrevistas em profundidade com 10 estudantes da disciplina, a partir da pergunta norteadora: “Como você avalia o Módulo Integrativo Saúde Coletiva IV?”, protagonizando o papel do(a) participante, que pôde expressar suas opiniões, sentimentos e expressões

na entrevista (Moré, 2015). Essas entrevistas aconteceram de forma remota pela plataforma Google Meet, com data agendada previamente entre o pesquisador e o participante.

A escolha dos(as) participantes a serem entrevistados(as) foi dada por sorteio, caracterizando, assim, uma amostragem probabilística do tipo aleatória simples, ao passo que a quantidade de pessoas envolvidas foi definida pela estratégia da “saturação teórica”, que consiste em categorização das falas dos(as) participantes até que os conteúdos das falas se tornem repetitivos, fechando a população do estudo (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

Essas entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, compondo um corpus de dados que passou por análise de conteúdo no software Iramuteq, utilizando o teste qui-quadrado (χ^2) na associação entre palavras, sua respectiva classe gramatical e o segmento de texto ao qual esteja inserida. Pela análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), o software agrupou os segmentos textuais que tinham significância entre si (Salviati, 2017). Os agrupamentos sugeridos pela ferramenta foram exaustivamente discutidos entre os pesquisadores a partir da leitura do *corpus* dos dados das entrevistas, sendo reorganizados a partir dos núcleos de sentidos produzidos pelos(as) entrevistados(as). A partir de então, se procederam às inferências de análise, tendo como principal norteador o próprio conteúdo teórico do módulo.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CCM da UFPB, com CAAE 40144420.8.0000.8069, sendo respeitada a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Resultados e discussão

Contextualização da oferta do módulo

Para a análise do módulo e seus efeitos, parece importante inicialmente ser analisado o perfil de seus(suas) participantes, dentre os(as) quais 55,6% (15) se declararam homem cis e 44,4% (12) como mulheres cis. No que tange à raça, 51,9 % (14) se declararam brancos(as), 40,7% (11) pardos(as), 3,7% (1) amarelos(as)

e 3,7% (1) pretos(as). Quando perguntados sobre a idade, 3,7% (1) responderam ter menos de 20 anos, 77,8% (21) tem entre 20 e 25 anos, 11,1% (3) entre 26 e 30 anos, 3,7% (1) entre 31 e 35 anos e 3,7% (1) entre 35 e 40 anos. Quanto à renda financeira familiar, 29,60% (8) declararam receber entre 1 até 2 salários mínimos, 40,70% (11) entre 2 até 5 salários mínimos, 18,50% (5) entre 5 até 10 salários mínimos e 11,10% (10) recebem mais de 10 salários mínimos.

Quando perguntados(as) sobre os grupos sociais trabalhados no módulo aos quais eles(as) se reconheciam pertencentes, 44,4% (12) se identificaram como pertencentes ao grupo social de mulheres, 29,6% (8) ao grupo social de negros(as), pardos(as) e/ou ao grupo de indígenas, 22,2% (6) ao grupo social LGBTQIA+, 14,8% (4) ao grupo social de pessoas com deficiência, 3,7% (1) ao grupo social de pessoa que faz uso abusivo de álcool e/ou outras drogas e 22,2% (6) dizem não se identificar com nenhum desses grupos. Destaca-se que nesta questão os(as) discentes podiam marcar mais de uma resposta.

Pontua-se que o dado do grupo de mulheres ter sido o mais representado conversa com a paulatina feminização nos cursos de medicina do Brasil (Scheffer; Cassenote, 2013), apesar de permanecerem pouco representadas no universo acadêmico as mulheres pretas, indígenas, LBTQIA+ e com deficiência (Minella, 2017). Ainda vale destacar que uma significativa parcela (77,8%) dos(as) estudantes declaram já terem previamente ao módulo uma preocupação com a produção de cuidado às populações em situação de vulnerabilidade, devido às vivências e temáticas experimentadas durante os estágios nas Unidade de Saúde da Família (USF).

[...] na UFPB, a gente também tinha essas vivências na prática na unidade de saúde, por exemplo, o que acaba que as mesmas temáticas, no caso que a gente aborda nessa disciplina, a gente acaba também abordando em saúde coletiva [...] (Participante 7)

Esses estágios ocorrem desde os anos iniciais do curso, introduzindo o discente em práticas diversas da Atenção Básica (AB), as quais incluem o atendimento a populações em situações de vulnerabilidade e problematizações sistemáticas

sobre estas vivências. Gomes, Sampaio e Lins (2015) destacam que esta formação incide diretamente no perfil médico a ser estruturado, na medida em que quanto mais precocemente os estudantes forem introduzidos na realidade do SUS, e essa imersão se mantenha ao longo da formação, maiores as chances destes desenvolverem um percurso acadêmico mais orientado para as demandas desse sistema.

Vale destacar, ainda, que 51,9% (14) dos(as) discentes do módulo ingressaram na universidade pelo sistema de cotas e 48,1% (13) entraram pela modalidade de ampla concorrência. Nesse aspecto, podemos salientar a influência das políticas de ações afirmativas. O sistema obrigatório de cotas foi estabelecido pela Lei n. 12.711, de 29 de agosto de 2012, que garante a reserva de, no mínimo, 50% das vagas em universidades federais para estudantes que tenham cursado integralmente o ensino médio em escolas públicas, com uma parte dessas vagas sendo destinadas a estudantes autodeclarados(as) pretos(as), pardos(as) e indígenas. Ainda nas vagas reservadas, metade são destinadas a estudantes com renda familiar igual ou inferior a 1,5 salário-mínimo per capita, pertencentes ou não às cotas étnico-raciais (Brasil, 2012). Em 28 de dezembro de 2016, a Lei nº 13.409 passa a incluir as pessoas com deficiência na reserva de vagas (Brasil, 2016).

Antes da referida lei, a reserva de vagas já ocorria na UFPB pela Resolução n. 09/2010 do Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) para o Processo Seletivo Seriado de 2011, em que foram reservadas 25% das vagas na UFPB para estudantes que fizeram por completo o Ensino Médio e no mínimo três séries do Ensino Fundamental em escola da rede pública. Destas vagas, 5% eram destinadas a pessoas com deficiência, enquanto as vagas para estudantes negros(as), pardos(as) e indígenas eram distribuídas de acordo com a participação desses grupos na população do estado da Paraíba, sendo 56% para pretos(as) e pardos(as) e 0,29% para indígenas na época. A partir da Lei n. 12.711/12, a reserva de vagas perde o caráter voluntário, passando a ser obrigatória a reserva de pelo menos 50% das vagas em todas as Instituições de Ensino Superior Federais.

Apesar da reserva de vagas na UFPB anteceder a obrigatoriedade e ter contribuído para o ingresso

dos grupos contemplados pelas cotas, parte desses grupos ainda permanecem com uma representatividade baixa na graduação em medicina da universidade, especialmente as populações pretas e indígena. Segundo os dados do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) 2013, referentes aos concluintes do Curso de Graduação em Medicina da UFPB, o perfil dos(as) estudantes antes da reserva de vagas era predominantemente de pessoas brancas (68,9%) e com renda familiar entre 10 e 30 salários mínimos (44,4%), enquanto estudantes pardos(as) e pretos(as) representavam apenas 28,9% e 2,2% respectivamente, não existindo indígenas entre os(as) concluintes.

Já no Enade 2016, o primeiro em que os concluintes do curso tiveram o direito da reserva de vagas durante o ingresso na UFPB, ocorreu uma predominância de pessoas pardas (46,8%) em relação às pessoas brancas (38,7%) e um pequeno aumento de pessoas autodeclaradas pretas (9%) e indígenas (0,9%), contudo o perfil econômico permaneceu entre 10 e 30 saláriosmínimos (26,1%), com 74,8% dos concluintes afirmando não terem utilizado as cotas.

Finalmente, no Enade 2019, houve uma maior utilização das cotas em relação ao Enade 2016, mas com uma redução no número de pardos(as) (38,6%), pretos(as) (6,8%) e indígenas (0,0%), e maioria novamente branca (40,9%). Dessa forma, percebe-se que apesar da política de reserva de cotas, ainda existe uma grande disparidade nas representatividades dos diferentes grupos raciais dentro do Curso de Graduação em Medicina da UFPB, carecendo de estudos mais amplos para avaliar os motivos da manutenção desse cenário.

Recolhimentos dos efeitos da oferta do módulo

O principal efeito analisado da oferta do módulo foi sobre a formação acadêmica e perspectiva de atuação médica profissional dos participantes. Ambas estão centradas em um modelo tradicional de ensino, em que a fragmentação do conhecimento em especializações produz uma abordagem centrada na doença, ou seja, persiste a primazia do modelo biomédico para entendimento do processo saúde-doença (Raimundo; Silva, 2020). Nesse sentido, os participantes destacam a falta de preparo dos

profissionais de saúde para trabalharem fora dos padrões normatizadores dos corpos, a partir dos quais uns corpos valem mais do que outros.

[...] muitos surdos chegavam para mim e manifestavam essa indignação e até um certo desconforto de que muitas vezes eles perdem o sigilo médico-paciente, porque tem que trazer um intérprete de fora, porque o médico não sabe libras [...] (Participante 6)

Robert Mrcruer (2006) propõe o conceito de corponormatividade, problematizando como a noção de deficiência não só produz corpos “deficientes” (*disabled bodies*), mas também de corpos ‘não deficientes’ (*abled bodies*), permitindo questionar o caráter histórico e natural de corpos ‘normais’ que se produzem em oposição constitutiva a corpos ‘desviantes’. Esse conceito-ferramenta parece útil para pensar como são produzidas as narratividades que dão sentido não apenas aos corpos com deficiência, mas a todos os demais que não se enquadrem nos padrões de dominação de classe, raça e gênero que atendem ao modelo capitalista. Dessa forma, o módulo Integrativo Saúde Coletiva IV, ao tematizar estas questões, abre a possibilidade de ruptura na tradicional formação médica, além de possibilitar a ressignificação de outras formas de corporificação possíveis, para além das socialmente valorizadas como o corpo masculino-branco-cis-hetero-normativo (Raimondi *et al*, 2019).

Ademais, entende-se que o currículo acadêmico não atua apenas na estruturação de conteúdos e disciplinas, mas também na manutenção de ideologias e discursos de saber-poder, através de um padrão curricular hegemônico e de um currículo oculto. O termo “currículo oculto” diz respeito a uma padronização informal de comportamentos e interesses, que é imposta a estudantes de medicina durante o curso, seja por professores(as), veteranos(as) ou colegas de turma (Benedetto; Gallian, 2018). Dessa forma, o modelo biomédico hegemônico atua como parte do currículo oculto, tendo como efeito a normalização de um distanciamento dos(as) estudantes da saúde de temas voltados à humanização do atendimento, que levam em conta os diferentes contextos e necessidades das

pessoas. Nesse cenário, o módulo atuou como uma narrativa contra-hegemônica, algo necessário para despertar uma reflexão nos estudantes sobre a sua formação e atuação.

Um exemplo disso ocorre no debate sobre a saúde da população LGBTQIA+. Tradicionalmente este tema é abordado com foco na saúde sexual e reprodutiva, exclusivamente, e reforçando a ideia da “contaminação presumida” para as IST e HIV/aids, sendo prioritariamente tratado em disciplinas como ginecologia/obstetrícia (ou saúde da mulher), urologia (ou saúde do homem), hematologia e infectologia (Raimondi *et al*, 2019). Na contramão desta tradição, o módulo aborda a diversidade de corpos LGBTQIA+ numa perspectiva despatologizante, lançando o olhar para os processos de vulnerabilidade aos quais estes corpos estão submetidos, como a falta de acesso aos serviços de saúde ou a exposição à violência urbana que reduz a expectativa de vida da população trans a 35 anos (Antunes, 2010).

Tomando como base Raimondi, Moreira e Barros (2019), percebe-se que as temáticas abordadas no módulo contribuíram para a construção de uma formação consciente sobre as nuances do atendimento às diversas populações, além de ajudar na criação de uma ressonância do sentimento de empatia, solidariedade e diálogo sobre as outras maneiras de estar no mundo; necessários para a formação e prática médica.

[...] acho que quem paga (o módulo), quem dá uma oportunidade mesmo de pagar um módulo como esse, não se arrepende, porque dá aquela sacudida, aquela acordada de (que) você vai estar lidando com gente e não com corpos. E (você) percebe que aquele conhecimento ali, por mais que não pareça só coisas de humanas, por mais que não pareça valioso, na verdade é muito [...]. (Participante 1)

Nessa direção, os(as) discentes avaliaram os temas geradores do módulo (Tabela 1), apontando dentre eles como os mais contributivos para sua formação: “vulnerabilidade, cuidado e os modos de existência”, “(re)existência dos povos originais e do bem viver”, “Capitalismo, desigualdade social e saúde” e “necropolítica e movimentos de re(existência)”.

Tabela 1 – Temas abordados no percurso do módulo de Saúde Coletiva IV

Em quanto, os temas abordados na disciplina, contribuíram para sua formação quanto médico/médica?	Média
Vulnerabilidade, cuidado e os modos de existência	4,22
Re(existência) dos povos originais e o bem viver	4,22
Capitalismo, desigualdade social e saúde	4,14
Necropolítica e movimentos de re(existência)	4,11
Racismo e acesso ao cuidado	4
A Educação Popular como abordagem para o cuidado	3,96
Capacitismo e barreiras sociais aos corpos dissonantes	3,96
Patriarcado e o cuidado com exploração da força de trabalho das mulheres	3,81
Moradia, acesso à cidade e o cuidado no contexto das existências na rua	3,77
Heteronormatividade, diversidade sexual e saúde	3,51
Combate às drogas, redução de danos e o cuidado nas cenas de uso	3,4

Vale destacar, também, que o módulo foi importante para que os participantes se (re)posicionassem como pessoas em situações de vulnerabilidade e pudessem entender que sua existência no curso tem impacto na produção de uma formação médica contra-hegemônica. Por exemplo, um estudante reflete sobre ser um futuro médico negro.

[...] médico negro por exemplo, eu mesmo nunca fui atendido por um médico negro, então a gente já sente o quanto isso pesa e quanto estou aqui fazendo diferença entende? E quanto é importante eu estar também para representar a minha população e trazer uma nova visão para o profissional médico [...]. (Participante 7).

Ademais, dentre as temáticas trabalhadas, o patriarcado assumiu um importante destaque, colocando em análise o cotidiano da vida dos(as)

estudantes. A manifestação das desigualdades de gênero que marcam as sociedades patriarcais se dá muitas vezes de formas sutis, como através de fenômenos como o *maninterrupting* (do inglês *man* e *interrupting*, “homem que interrompe”), um termo que revela o fato de mulheres serem constantemente interrompidas por homens em debates ou reuniões, impedindo que elas concluam seus pensamentos. Estudos evidenciam que, em reuniões de altos cargos executivos, 75% do tempo é tomado pelas falas masculinas, de forma que as mulheres, mesmo em posições de sucesso, nem sempre são ouvidas (Werba; Moreira, 2018).

Um exemplo disso foi vivenciado em uma subturma do módulo, em que as mulheres foram silenciadas nas apresentações dos seus trabalhos. Esse movimento coletivo da turma foi problematizado de imediato pela professora responsável, permitindo que as alunas se (re)posicionassem na horizontalidade das relações de poder ao terem suas vozes escutadas e queixas acolhidas, não somente como estudantes de medicina, mas sim como estudantes de medicina mulheres, viventes em uma sociedade patriarcal.

[...] a gente ser mulher, poder falar sobre isso, eu vejo como uma grande oportunidade ser ouvida por homens [...] eu acredito também que eles têm papel neste debate, eles devem ser ouvidos, eles devem, enfim, eles também têm coisas para acrescentar, mas a gente vê muito isso, homens falando, então ter essa oportunidade de inverter um pouco, de ter homens nos escutando foi incrível [...] (Participante 5)

Vale destacar que este módulo traz um ensino contra-hegemônico à formação médica, tanto pela sua temática, como também pela (re)posição desses estudantes em lugares de fala e escuta que se configura como um desafio para grande parte das ofertas curriculares do curso, centrado num ensino tecnicista (Pagliosa; Ros, 2008).

Além disso, observa-se que os (re)posicionamentos supracitados também extrapolam os muros institucionais ao desenvolver e instigar nos(as) estudantes uma autorreflexão sobre a própria postura diante das diferentes formas de estar no mundo:

[...] a partir do momento que eu desconstruo esse pensamento em mim e parto para causar uma reflexão no outro, que também está com esse pensamento, aquela historinha de ganhando um a um eu acho que a gente vai poder ajudar mais [...] (Participante 4)

Esse processo de conscientização (Freire, 1998) de seu lugar no mundo também foi evidenciado e pontuado pelo(as) estudantes no questionário como a principal competência e habilidade desenvolvida no módulo (Tabela 2).

Tabela 2 – Habilidades e competências desenvolvidas pelos estudantes que participaram da oferta do módulo de Saúde Coletiva IV.

Em quanto, vocês avaliam terem desenvolvidos as habilidades e competências abaixo?	Média
Desenvolvo capacidade de autorreflexão sobre a postura diante os diferentes	4,62
Analiso os processos de objetivação no contexto da necropolítica	4,44
Compreendo a necessidade e as dificuldades de construir alteridade no cuidado em saúde	4,18
Entendo as disputas entre modelos hegemônico e contra-hegemônicos	4,18
Compreendo os processos sociais, culturais e econômicos das desigualdades sociais	4,07
Identifico as experiências de cuidado orientadas pela Educação Popular	4,03
Compreendo a Educação Popular emergente no cuidado em saúde	3,92

A abordagem interdisciplinar do módulo, colocando em debate temas e análises das ciências sociais e políticas, contribuiu para o desenvolvimento de habilidades autocríticas dos(as) estudantes e a formação de competências éticas ampliadas dentro da formação médica, consoante às definições das DCN dos Cursos de Graduação em Medicina (2014). Assim como em Barboza e Felício (2018), este estudo denota que a complexificação da prática médica, avaliada e refletida a partir de processos ativos de aprendizagem, somados a uma abordagem integrada das humanidades, possibilita uma

ampliação da visão do(a) estudante, passando a observar sua inserção dentro dos diferentes contextos socioculturais abordados e influenciando seu posicionamento no mundo e na atuação médica futura.

Entretanto, chama a atenção a compreensão da Educação Popular (EP) como ferramenta para o cuidado em saúde estar entre as habilidades menos pontuadas, apesar do módulo ter sido construído sobre os pilares desta perspectiva epistemológica. Como possível interpretação para esse dado, entende-se que o pensamento hegemônico normatiza os modos de cuidar a partir de protocolos e diretrizes. Isso se contrapõe com a EP, já que ela não é um método rígido e pré-estabelecido, mas sim uma maneira de ser/atuar que pressupõe relações horizontais de negociações de saberes e expectativas sobre a realidade, aliada à construção de uma práxis que interfira e modifique essa realidade, não podendo ser vista como um protocolo a ser seguido (Vasconcelos, 2004). Dessa forma, parece ter sido esperado por parte dos(as) discentes um método a ser aplicado nas consultas, tais como pode ser observado nas especialidades médicas, pautadas em protocolos e diretrizes, demanda à qual a EP em Saúde não se propõe a responder.

Raimondi *et al* (2020) apontam que para a escola médica ser um centro de excelência, é necessário que ela discuta sobre os processos de vulnerabilidade e suas interferências na promoção do cuidado, sobretudo no SUS. Para isso, os autores destacam que estes temas devem ser debatidos e não apenas apresentados aos estudantes em bibliografia, ou seja, os discentes e docentes devem compor um processo dialógico de aprendizado das temáticas. Com isso, percebe-se que o módulo acerta na metodologia que recusa a mera leitura de referências bibliográficas e aulas expositivas, apostando na participação efetiva de docentes, discentes e convidados num processo dialógico e reflexivo. No módulo foi aberto o espaço para a expressão e acolhimento de saberes, sentimentos e vivências, propondo reflexão e reelaboração deles, a partir de pesquisas, leituras e debates, produzindo novas formas de compreender e se relacionar com os temas problematizados.

Ao serem questionados sobre o quanto teriam sido afetados pelo ensino remoto emergencial, os participantes deram a nota de 2,81 demonstrando

que não foram afetados negativamente por esta modalidade de ensino. Essa adaptação eficiente é justificada pelos estudantes como resultado das diversas formas com o que os conteúdos eram ofertados (livros, artigos, vídeos, músicas etc.), bem como pela construção efetiva de encontros virtuais entre as pessoas, através dos momentos síncronos semanais, da interação no WhatsApp e da mediação dos monitores.

Vale destacar, também, que a monitoria foi um dispositivo de educação bem avaliado pelos estudantes.

Foi muito, muito positiva [a monitoria]. Porque o que eu sentia de dificuldade da disciplina em questão da correria, das agitações em relação ao tempo e tal, a monitoria vinha para suprir, porque o que tinha de problema com prazo, que tinha de problema com entender algum conceito, alguma coisa, a monitoria sempre estava vindo acompanhada para poder sanar essas dúvidas. (Participante 6)

Botelho *et al* (2018) sinalizam que a monitoria possui diversas potencialidades substanciais tanto para os(as) discentes, quanto para os(as) monitores(as). Para além de construir um aprofundamento teórico, metodológico e didático aos(as) estudantes, bem como o desenvolvimento de habilidades para a docência aos monitores, os autores destacam que a socialização durante a troca de conhecimento entre monitores e discentes produz um acolhimento das emoções, queixas e dúvidas, não apenas da matéria, mas da própria vida destes últimos. Dessa forma, cria-se no(a) discente, no(a) monitor(a) e nas professoras uma formação humana, dialógica, crítica, coletiva e reflexiva, aspectos fundamentais para a atuação no SUS.

Considerações Finais

No decorrer deste estudo, observa-se que a formação médica está pautada em diversos sistemas opressores, dentre os quais tomam destaque no módulo três: (1) o racismo, ao não reafirmar as políticas de ações afirmativas, (2) a corponormatividade, ao formar médicos(as) somente para os padrões de corpos valorizados pelos interesses sociais dominantes e (3) ao patriarcado,

que silenciam as mulheres nos âmbitos sociais e acadêmicos. Com isso, o módulo surge como grande potencializador na mudança da formação médica tradicional ao tematizar e (re)posicionar os(as) estudantes, tanto no seu processo formativo quanto no seu lugar no mundo, preparando-os para a produção de cuidados diferenciados a uma multiplicidade de corpos.

O estudo oferece, assim, elementos para a problematização da formação médica, tal como possibilidades e estratégias pedagógicas de ruptura com modelos formativos tradicionais. Contudo, cabe ressaltar que o estudo analisou a percepção de uma única turma, o que pode não refletir a realidade de todo o curso de medicina da UFPB e de outras universidades do Brasil.

Assim, segue-se na aposta da experimentação e análise de novas experiências contra-hegemônicas de formação médica, que coloquem em cena conteúdos e estratégias metodológicas que possibilitem entender os processos de vulnerabilidade e seus efeitos sobre a produção do cuidado em saúde. A formação é um processo em constante disputa, cabe a nós não renunciarmos a nossa responsabilidade na construção de um pensamento crítico, político e eticamente orientado dos(as) estudantes.

Referências

ANTUNES, P. P. S. *Travestis envelhecem?* Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2010.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 121-144. v. 2.

BARBOZA, J. S.; FELÍCIO, H. M. S. Integração Curricular a partir da análise de uma disciplina de um curso de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 42, n. 3, p. 27-35, 2018. DOI:10.1590/1981-52712015v42n3RB20170129r1

BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1197-1207, 2018. DOI:10.1590/1807-57622017.0218

BOTELHO, L. V. et al. Monitoria acadêmica e formação profissional em saúde: uma revisão integrativa. *ABCS Health Sciences*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 67-74, 2019. DOI:10.7322/abcshs.v44i1.1140

BRASIL. ENADE 2019. SINAES. 2019. Disponível em: <<http://enade.inep.gov.br/enade/#!/relatorioCursos>>. Acesso em: 3 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 8-11, 23 jun. 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 23 mai. 2021.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012*. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 ago. 2012. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112711.htm>. Acesso em: 11 mai. 2021.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 13.409, de 28 de dezembro de 2016*. Altera a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, para dispor sobre a reserva de vagas para pessoas com deficiência nos cursos técnico de nível médio e superior das instituições federais de ensino. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 dez. 2016. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/13409.htm>. Acesso em: 16 mai. 2021.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção

e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990&totalArquivos=176>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

CONSEPE/UEPB. *Resolução nº 09/2010*. Institui a Modalidade de Ingresso por Reserva de Vagas para acesso aos cursos de Graduação da UEPB. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/read/12831964/resolucao-n-09-2010-universidade-federal-da-paraiba>>. Acesso em: 22 maio 2021.

ESTRELA, F. M. et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades à luz do gênero, raça e classe. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3431-3436, 2020. DOI:10.1590/1413-81232020259.1405202

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. DOI:10.1590/S0102-311X2008000100003

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 25 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

GOMES, L. B.; SAMPAIO, J.; LINS, T. S. Currículo de medicina na Universidade Federal da Paraíba: reflexões sobre uma experiência modular integrada com ênfase na Atenção Básica. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 39-46, 2015. DOI:10.18310/2446-4813.2015v1n1p39-46

MCRUER, R. *Crip Theory: cultural signs of queerness and disability*. New York: New York University Press, 2006.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Salvador: FIOCRUZ, 2005. p. 19-51.

MINELLA, L. S. Medicina e feminização em universidades brasileiras: o gênero nas interseções. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1111-1128, 2017. DOI:10.1590/1806-9584.2017v25n3p1111

MORÉ, C. L. O. O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, [S. l.], v. 3, p. 126-131, 2015.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. DOI:10.1590/S0100-55022008000400012

RAIMONDI, G. A. et al. Análise Crítica das DCN à Luz das Diversidades: Educação Médica e Pandemia da Covid-19. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 44, n. 1, p. e135, 2020. DOI:10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200361

RAIMONDI, G. A. et al. Corpos (não) controlados: efeitos dos discursos sobre sexualidades em uma escola médica brasileira. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 43, p. 16-26, 2019. DOI:10.1590/1981-52712015v43n3RB20180142

RAIMONDI, G. A.; MOREIRA, C.; BARROS, N. F. de. Gêneros e sexualidades na educação médica: entre o currículo oculto e a integralidade do cuidado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 198-209, 2019. DOI:10.1590/S0104-12902019180722

RAIMUNDO, J. S.; SILVA, R. B. da. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Revista Mosaico*, Vassouras, v. 11, n. 2, p. 109-116, 2020. DOI:10.21727/rm.v11i2.2184

SALVIATI, M. E. *Manual do aplicativo Iramuteq*. Planaltina, 2017. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>>. Acesso em: 14 mai. 2021.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 21, n. 2, p. 268-277, 2013.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde.

Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004. DOI:10.1590/S0103-733120040000100005

WERBA, G. C.; MOREIRA, C. Gênero e empoderamento nas relações. *Conversas Interdisciplinares*, Torres, v. 14, n. 1, 2018.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram da concepção, do delineamento, da análise e interpretação dos dados, bem como da redação do artigo, da sua revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Recebido: 14/06/2021

Reapresentado: 17/03/2022

Aprovado: 24/05/2022