



ISSN: 2230-9926

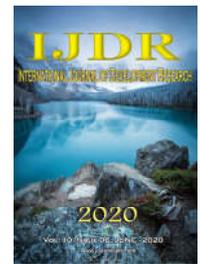
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 06, pp. 36490-36495, June, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.18994.06.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

HOME VISIT AND THE CONSTRUCTION OF THE MEDICAL STUDENT'S ETHICAL PRINCIPLES

Felipe Leonardo¹, José Manoel Amadio Guerrero², Tatchia Puertas Garcia Poles²
and Maria Valéria Pavan*²

¹Graduando. Curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Sorocaba – SP, Brasil; ²Docente. Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Sorocaba – São Paulo, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 17th March, 2020

Received in revised form

19th April, 2020

Accepted 27th May, 2020

Published online 25th June, 2020

Key Words:

Bioethics; Home Visit; Medical Education; Students, Medical; Ethics, Medical.

*Corresponding author: Maria Valéria Pavan,

ABSTRACT

The medical course of the Faculty of Medical and Health Sciences of the Pontifical Catholic University of São Paulo transitioned from the learning in the essentially hospital model to inserting the student in the Primary Health Care. In this process, the home visit was a fundamental instrument for the teaching-learning. The objective was to analyze the contribution of home visit to the medical student's ethical training. The study carried out through interviews with 29 students (first to sixth year) about their experience with home visit. The main ethical conflict was between the student's role in this complex field of practice, the ideal time for his insertion and the feeling of helplessness. Entering the home initially seemed to cause invasion of privacy, which decreased as the benefits of home visit were perceived. The conflict of autonomy versus beneficence had a progressive character, passing through understanding the concept of autonomy, evolved into the process of reflection on this principle, seeming to be largely solved at the end of the course. Conclusion: The home visit proved to be a generator of ethical conflicts and a favorable environment for its reflection, showing its importance as an educational tool in medical practice.

Copyright © 2020, Felipe Leonardo et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Felipe Leonardo, José Manoel Amadio Guerrero, Tatchia Puertas Garcia Poles and Maria Valéria Pavan. "Home visit and the construction of the medical student's ethical principles", *International Journal of Development Research*, 10, (06), 36490-36495.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a educação médica tem passado por diversas mudanças, atendendo à necessidade de rompimento com o ensino fragmentado, baseado nas especialidades e direcionando-se para as propostas de integralidade, com foco na saúde e não na doença, com ênfase no aluno e no seu papel ativo sobre a própria formação e com valorização dos aspectos humanísticos da prestação de serviços de saúde. Dentre essas mudanças, destacam-se a transição para o uso de metodologias ativas e para a inserção do aluno desde o início do curso em atividades práticas, em cenários diversificados, nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, permitindo o contato do aluno com o usuário desse sistema, conforme orientado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs) (Machado *et al.*, 2018; Brasil, 2014). Portanto, a inserção do aluno na rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se essencial para o desenvolvimento de competências e habilidades previstas para o egresso, que terá que atuar em situação de tensão social que envolve paciente, diagnóstico, tratamento e

familiares, além de tantas outras variáveis socioeconômicas e culturais (Campos, 2007; Demarzo *et al.*, 2012; PUC, 2018).

Atendendo a essa demanda da formação médica, no Brasil, os cursos de medicina têm proposto adequações aos seus projetos pedagógicos, buscando criar oportunidades para que seus estudantes possam ser inseridos e participar ativamente de ações de cuidado à saúde já nos primeiros anos, através da Atenção Primária à Saúde (APS), nível preconizado para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), via unidades básicas de saúde (UBS), ou Estratégias de Saúde da Família (ESF) sendo um de seus instrumentos, a participação na visita domiciliar (VD) (Alma-Ata, 1978; Brasil, 1990; PUC, 2018).

Com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje ESF, a VD se instituiu como um instrumento essencial para o entendimento das condições de vida das famílias, auxiliando no processo saúde-doença dos indivíduos e da comunidade (Rocha *et al.*, 2017). Ela é definida por Kawamoto *et al.* (1995,

p.35) como “o conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto educativo quanto assistencial” e tem como objetivo principal identificar os fatores de risco aos quais aquela população está exposta e intervir de forma apropriada (Osorio *et al.*, 2020). Ela tem sido capaz de servir aos princípios do SUS de maneira eficaz, facilitando o acesso aos serviços de saúde e outras políticas públicas, por meio de um bom relacionamento entre os agentes envolvidos (Lopes *et al.*, 2016). Nesse sentido, a VD ganhou destaque como ferramenta de ensino-aprendizagem que pode contribuir para a formação de um médico mais preparado para entender a complexidade das sociedades atuais e as necessidades da saúde no nosso país (Romanholi e Cyrino, 2012).

A VD cria oportunidades para o desenvolvimento de habilidades de comunicação por possibilitar espaços de cumplicidade, partilha e escuta. Além disso, propicia ao estudante a aproximação com a realidade do paciente, ampliando sua percepção sobre os determinantes de saúde e doença presentes nos lares visitados, assim como o contexto social e cultural em que a saúde se insere. Ela também cria a oportunidade para o aluno relacionar sua experiência pessoal com a observada, iniciando um processo de conscientização pessoal que tem por objetivo inseri-lo como sujeito transformador de realidade, comprometendo-o com a mudança na qualidade de vida e saúde do paciente e da comunidade (Romanholi e Cyrino, 2012).

O processo de construção identitária, responsável por instalar valores morais e éticos nos indivíduos inicia na infância, na socialização primária e estende-se para até a vida adulta na socialização secundária/profissional, que abrange um conjunto de valores éticos necessários para a atuação num determinado campo de trabalho, nas ciências da saúde conhecido como bioética (Berger e Luckmann, 1976; Finkler *et al.*, 2013). Esse processo perpassa a graduação tanto pelo ensinamento direto por meio de aulas, cursos e treinamentos na área, previsto pelo currículo formal, quanto pela influência das relações sociais estabelecidas no processo ensino-aprendizagem, das quais o estudante é sujeito ativo (Machado e Wuo, 2019).

A VD também pode ser considerada uma ferramenta importante para o processo de formação ética, pois permite um encadeamento de comunicação entre estudante, indivíduo e comunidade, favorecendo a criação de valores por meio da auto e heterocrítica, realizada no momento da aprendizagem significativa e discussão com o preceptor, respectivamente (Romanholi e Cyrino, 2012). Nesse sentido, espera-se que durante a VD o aluno tenha a oportunidade de lidar com questões éticas fundamentais como o limite da privacidade, a justiça e a dialética entre autonomia e a beneficência (Kawamoto *et al.*, 1995; Cohen, 2019). Em 2006, o curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS da PUC-SP), onde foi realizado esse estudo, reformulou seu currículo, ampliando os cenários de prática, numa articulação entre a universidade e o serviço municipal de saúde. O aluno é inserido na APS desde o primeiro ano do curso através do módulo vertical de Prática em Atenção à Saúde (PAS), que se estende do primeiro ao terceiro ano, com aumento progressivo da complexidade da relação aluno-paciente. O aluno continua em contato com a APS nas diversas áreas do internato, que agora se estende do quarto ao sexto ano, e a VD se mantém como instrumento de ensino-aprendizagem ao longo de todos os anos (Anjos *et al.*, 2010; PUC, 2018).

Partindo-se do pressuposto que a VD é de fundamental importância para a assistência em saúde na atenção primária bem como para a formação médica, o objetivo deste trabalho foi analisar o papel da VD na construção de princípios éticos do estudante de medicina da FCMS da PUC-SP.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi realizada no período de maio a dezembro de 2019. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, em profundidade (Tavares *et al.*, 2016), com alunos do primeiro ao sexto ano do curso de medicina FCMS da PUC-SP. A seleção dos alunos de cada turma foi feita a partir de sorteio, para evitar que houvesse qualquer interferência do pesquisador sobre essa escolha. As entrevistas foram agendadas de acordo com a possibilidade dos alunos e ocorreram no prédio da FCMS da PUC-SP, respeitando a privacidade do entrevistado. A participação do aluno só ocorreu após esclarecimento sobre os procedimentos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O tamanho da amostra de cada turma foi definido por saturação dos conteúdos (Bogdan e Biklen, 1994). A decisão de entrevistar representantes de todos os anos do curso de medicina da FCMS da PUC-SP foi tomada a partir da análise dos resultados obtidos nas entrevistas realizadas com os alunos do primeiro ao terceiro ano, pois se identificou que seria possível estabelecer uma linha temporal do desenvolvimento identitário-ético dos estudantes, com o máximo de sua nuance. Os entrevistados tiveram suas identidades substituídas por um acrônimo formado por um número, representando o ano do curso, e uma letra que seguia ordem alfabética (ex: 3B, o segundo entrevistado do terceiro ano).

A entrevista semiestruturada foi guiada buscando respostas para identificar os principais conflitos éticos vivenciados pelo estudante de medicina durante a VD; propor um modelo evolutivo do pensamento ético do aluno de medicina ao longo da graduação, baseado nas experiências vivenciadas nas VDs e ter dados que permitissem analisar comparativamente com a literatura a evolução e possível resolução desses conflitos éticos ao final do curso de medicina. Para isso, os pesquisadores utilizaram perguntas norteadoras, previamente definidas, para garantir que os objetivos fossem atingidos. Foram elas: A) Qual o entendimento do aluno sobre os princípios éticos (autonomia, beneficência e justiça) antes de entrar no curso de medicina e como os entende hoje; B) Se o aluno vivenciou conflitos éticos durante as VDs que realizou. Se sim, conversar sobre isso; C) Como o aluno se sentia ao entrar na privacidade das famílias visitadas; D) Se o aluno vivenciou a dualidade autonomia versus beneficência durante as VDs que realizou. Se sim, conversar sobre isso, explicando para o aluno um exemplo “Algumas vezes você gostaria de fazer durante a visita uma intervenção envolvendo o paciente (ou a família) acreditando que poderia beneficiá-lo(s), mas diante da negativa (autonomia), você deixa de fazê-lo”; E) Se o aluno considera que participar das VDs mudou de alguma maneira seu entendimento sobre os princípios éticos. As entrevistas foram gravadas e transcritas e o texto foi lido e relido pelos dois pesquisadores a fim de compreender os conteúdos mais significativos, segundo o processo de análise do conteúdo preconizado por Bardin (2011). A categorização dessas unidades foi feita de acordo com o critério semântico, estabelecendo categorias temáticas que foram exaustivamente revisadas e serão descritas adiante, de acordo com a abordagem indutiva-construtivista (Bardin, 2011; Moraes,

1999). Elas foram analisadas transversalmente e longitudinalmente a fim de verificar a possível existência de uma progressão em sua apresentação ao longo dos anos do curso. As categorias foram construídas visando responder o mais fielmente possível as perguntas do estudo. O projeto de pesquisa e o TCLE foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCMS da PUC-SP (CAAE: 13012419.7.0000.5373) e sua condução autorizada pela coordenação do curso de medicina e pela direção da faculdade. O aluno envolvido na pesquisa recebeu bolsa do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Os próprios pesquisadores arcaram com os gastos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas entrevistas com 29 estudantes do curso de medicina, sendo quatro do primeiro ano, seis do segundo ano, cinco do terceiro ano, quatro do quarto ano, cinco do quinto ano e cinco do sexto ano, passando para a turma seguinte quando o critério de saturação era atingido. O conteúdo total de áudio foi de 6:20 horas de gravação, e uma média de 13,1' cada entrevista. O conteúdo transcrito somou 116 páginas, com uma média de quatro páginas por entrevista. A análise das entrevistas levou a organização do conteúdo em três tópicos que permitiram a discussão sobre o papel do aluno na visita domiciliar; o processo de entrada na privacidade doméstica e o processo de reflexão do conflito da autonomia com a beneficência.

As dificuldades que o aluno vivencia ao realizar a VD

Através da análise das entrevistas foi possível verificar que o aluno, nas fases iniciais, vivencia uma dúvida quanto ao seu papel na visita domiciliar, revelando uma sensação de insegurança quanto ao momento de sua inserção num campo de prática tão complexo e o sentimento de impotência experimentado por não saber ao certo o tipo de contribuição que ele dará à família visitada.

Ainda mais bem no começo, no primeiro ano que você não sente que tem tanto conhecimento, sabe, pra chegar e entrar lá, realmente aconselhar, depois mais pra frente, ficou mais tranquilo. (4A)

Depois a gente já conhecia ela e a conversa fluía melhor. O mais difícil é o primeiro contato, porque você acabou de entrar na faculdade e sai de jaleco, você é médico né, aí fazem umas perguntas que você não sabe responder, isso que é o mais difícil. (2E)

Entre os fatores que podem contribuir para essa insegurança, foram citadas a falta de conhecimento técnico (citada sete vezes); falta de preparação adequada (citada cinco vezes); a dificuldade com a comunicação (citada três vezes) e a visão idealizada do médico (citada uma vez).

Eu acho que tudo na vida vem pra ensinar e agregar, mas o sentimento de impotência ele se concretiza muito na falta de conhecimento técnico e na falta de uma explicação mais contundente sobre o que de fato é a VD. (5A)

Também foi possível identificar que a VD pode ser ela mesma um instrumento que possibilita ao aluno ultrapassar essas dificuldades, permitindo a ele vivenciar o bom acolhimento

(citado oito vezes), construir e aperfeiçoar a relação médico-paciente (citada quatro vezes), compreender o funcionamento do sistema de saúde (citado três vezes) e também o contexto social em que se insere esse sistema (citado dez vezes).

Acho que o que marcou foi que a VD é um atendimento que a gente atende a pessoa e não as doenças dela. (2A)

[...] isso [a VD] é uma coisa que acrescenta muito do jeito que a gente trata o paciente, pra aprender mesmo regras de abordagem. (1A)

Acho que também ter o contato com o sistema de saúde num nível mais básico, porque a gente vê muito hospital, não sei o quê, e vê o que a população tá passando [...] a população que usa o SUS tá passando. Então são dificuldades que a gente nem pensa, ou até pensa assim, mas quando a gente vai lá e vê fica mais palpável, tipo, dificuldade de acesso [...] (2E)

Em outros estudos com egressos do curso de medicina essa sensação de imaturidade também foi fortemente citada pelos participantes que avaliaram que o balanço geral foi mais positivo quando analisaram sua trajetória (Ricardo *et al.*, 2014; Poles *et al.*, 2018). Além disso, quando as competências e delimitações da atuação discente nos locais de serviço são definidos com exatidão e clareza, a inserção nunca é precoce (Martins *et al.*, 2001). Os dados das entrevistas, em consonância com outros autores, (Cyrino, 2005; Martins *et al.*, 2001; Vieira *et al.*, 2006) mostram que os alunos fazem um balanço final positivo da visita e consideram importante que ela seja longitudinal e que seja fortemente utilizada, inclusive no internato. A sensação de impotência também mencionada pode ser explicada por uma expectativa intervencionista associada à apreensão de conhecimento, própria da andragogia, o processo de educação para adultos (Kaufmann e Mann, 2010). Em muitas falas se percebe uma decepção ao não se obter sucesso nas alterações de estilo de vida propostas a determinada família.

Acho que piorou no final do ano [a sensação de impotência] assim, porque você vê que passou o ano inteiro e você não conseguiu um impacto positivo na nossa família. (2E)

Só que assim, na visão deles a gente pode ter ajudado na questão da alimentação, na questão da atividade física. Nas orientações que a gente deu né. Mas na minha opinião a gente não conseguiu ajudar muito, não. (4C)

Silva *et al.* (2018) apontam que as expectativas de alunos de medicina ao serem inseridos em cenários de prática são de utilizar do que já foi compreendido para agir sobre aquele determinado grupo, dito sociedade. Esta estaria marcada pelo selo da falta, da insuficiência, tornando-se um objeto de intervenção. Esse anseio age como um deslocamento do afã orientado para o conhecimento, *libido sciendi*, para um orientado para o controle sobre aquilo que define como objeto, *libido dominandi*, sob a ótica kantiana da razão instrumental (Maffesoli, 1998). Foi possível identificar, na análise das entrevistas, que essa característica intervencionista é quase intrínseca dos alunos e perdura até o fim do curso.

A gente foi visitar as casas que elas achavam que a gente fosse conseguir fazer alguma coisa de intervenção. (1B)

Você consegue enxergar coisas que não são medicina [no primeiro ano] porque você não sabe nada de medicina. Agora o difícil é fazer isso quando você tem a carga de coisas novas que você aprendeu nos seis anos e você precisa usar isso e você tem responsabilidade de estar quase formando e ter que cuidar daquela pessoa, você acaba deixando de lado a empatia, assim, não deveria ser algo natural, mas é algo corriqueiro que acontece. (6B)

Todavia, Silva *et al.* (2018) também apontam que seria encargo das ciências sociais a discussão e reflexão sobre a ação médica e estas áreas são consideradas de menor importância quando deparadas com as disciplinas biomédicas, seja por uma concepção prévia do aluno ou por uma disposição curricular que as suprima ao mínimo, deixando um vácuo na educação voltada ao ser biopsicossocial. Alguns entrevistados expressaram ainda uma preocupação ética em estarem usando as famílias visitadas como suporte para seu aprendizado, como o exemplo que segue:

Às vezes eu fico pensando se a nossa intervenção, porque a gente tá mais pra aprender do que pra intervir no primeiro, no segundo ano até, se a gente não tá atrapalhando mais do que ajudando a família, é algo pra se pensar [...] (3E)

O questionamento ético sobre essa relação assimétrica entre o estudante e a família, com benefícios apenas para o primeiro pode advir de uma falha no estabelecimento do papel discente dentro da equipe de atenção primária à qual ele foi inserido. Gomes *et al.* (2012) descrevem que para o cuidado ao usuário da atenção primária num cenário de formação se constituir, os papéis e as atribuições de cada um dos envolvidos deve estar claro. A presença de estudantes, quando bem inserida, é apoiada pela maioria dos usuários de um serviço-escola ao serem perguntados sobre isso (Almeida *et al.*, 2010).

O processo de entrada na privacidade doméstica

A maioria dos alunos entrevistados relatou se incomodar de estar entrando na casa do paciente. Tal sensação parece ser superada ao longo do tempo pela percepção dos benefícios que essa prática apresenta à relação médico-paciente. Os estudantes também demonstraram uma capacidade de adaptação ao elemento surpresa e incerteza, envolto em relações complexas que a VD representa como também discutido por Cyrino (2005).

Não, no começo eu me senti um pouco inibida, né [...] A gente ligava, ficava tudo na licença, era tudo isso, ficava com vergonha de sentar. Mas depois eu percebi que eles recebiam a gente como pessoas também e não como médicos. Recebiam a gente como quem ia ajudar eles, eram super abertos, sempre muito receptivos. (2A)

Um aluno declara que “a gente se sente meio invadindo o espaço da pessoa” (2C). Este constrangimento do aluno já foi relatado por Romanholi *et al.* (2014) e prevalece nos primeiros contatos com a VD. Como apontado por Leite *et al.* (2007) esse constrangimento deve-se à auto percepção de que ele ainda não está pronto para mobilizar sua capacidade de empatia e lidar com a problemática a lhe ser apresentada. O mesmo se verifica a partir das falas dos entrevistados:

[...] então acho que o sentimento de impotência era maior porque as realidades estavam ali, não importa qual ano, as realidades estão lá! (5A).

Na análise progressiva das entrevistas foi possível perceber que o estudante desenvolve a habilidade de lidar com os imprevistos ocorridos durante a VD e que o desconforto inicial vai dando espaço para o entendimento dos benefícios que o ambiente domiciliar propicia à sua formação e ao paciente:

Eu não quis impor também, porque é uma visita, era a casa dela, ela tava me deixando entrar, eu tava com receio de ofender. (1B)

[...] eu via como a pessoa morava, as condições, o que a gente não tem no consultório. (3B)

Não, eu achava interessante a ideia e eu via que estar indo pra casa das pessoas era uma forma de ajudá-la, porque levando ela pro consultório você está vendo a pessoa, só que a pessoa é mais do que aquele corpo dela e a roupa que ela está naquele dia. Ela é o ambiente que ela tá, a família. (4C)

Olha, no início eu me sentia bastante intrusa na casa das pessoas. Apesar de que eu acho que é a melhor forma de atendimento em alguns casos. Só assim você consegue ver o que acontece, o lugar onde a pessoa se cuida ou não se cuida. (5E)

Entre os benefícios citados o que mais se destacou foi a possibilidade de se ter uma visão mais holística do paciente, compreender o contexto onde ele está inserido. A percepção dos estudantes dessa propriedade da VD pode tanto ter um valor de formação cultural, como previsto pelas diretrizes que instituem sua prática⁴, quanto um acréscimo ao aprendizado da relação médico-paciente, visto que é possível ter uma experiência com o contexto do outro, como apresentado por Romanholi *et al.* (2014).

O processo de reflexão do conflito da autonomia com a beneficência

Em relação ao conflito entre autonomia e beneficência os dados das entrevistas apontam para uma progressão ao longo da formação, parecendo ausente nas fases iniciais, quando os alunos não apresentam um conceito claro de autonomia, mas que vai se desenvolvendo ao longo do curso e está bem amadurecido na fase pré-internato. Esse amadurecimento possibilita o surgimento do conflito entre autonomia e as atitudes paternalistas. Os nossos dados não permitiram observar uma resolução unânime desse conflito ao fim do curso. De maneira geral, o discurso dos alunos do primeiro e do segundo ano do curso não apresenta menção explícita e nem implícita a respeito do conceito da autonomia, mas sim falas com um paternalismo fraco evidente, como a seguinte: “então a gente tentava colocar isso na cabeça dela” (1A). É necessário discutir o nível de interface necessária na prática médica entre a beneficência e a autonomia do paciente, visto que a construção histórica deste último é recente dentro do campo da bioética e o paternalismo é justificável sob muitas condições (Silva, 2010). Ugarte e Acioly (2014), em uma análise sobre a atitude do paciente frente a esse princípio ético, demonstraram que a posição deste frente à autonomia é uma variável temporal e cultural, o que pode ser uma mostra um grau de passividade contemporânea frente a necessidade de se tomar decisões.

Percebe-se, todavia, o desenvolvimento do conceito de autonomia ainda nessa fase inicial do curso, estando bem definido ao fim do terceiro ano, conforme os discursos colhidos:

Você criar esse vínculo, uma confiança, um vínculo de verdade com aquela pessoa que está na sua frente. Não somente dizer: Olha, você tem que fazer isso, isso e isso por causa disso, disso e disso. (3A)

Contudo, conforme verificado nesse discurso, ainda não aparece autorreflexão quanto às próprias atitudes paternalistas que apresentam e isso pode estar relacionado ao modelo tradicional de ensino em que há uma relação assimétrica de poder entre professor e aluno que é reproduzida na relação médico-paciente, entre “aquele que tudo sabe e o que nada sabe” (Pereira e Almeida, 2005).

No quarto ano, quando os alunos entram no internato, percebe-se um início de conflito.

Dá assim um pouco de revolta também, né. Mas a gente tem que entender que é escolha da pessoa, né. Ela tem que ter essa escolha de querer ou não querer fazer algo, a gente não pode impor né. (4C)

Este conflito, iniciado nesse momento, se demonstrou capaz de levar a uma resolução positiva quanto à autonomia no fim do curso.

Mas eu acho que a melhor coisa é compartilhar a decisão porque não adianta você falar: faz isso, isso e isso. A pessoa tem que falar também o que ela quer fazer. Falar: o que eu aprendi é isso, isso e isso. O que você pensa? (6D)

Um modelo de ensino capaz de conceder autonomia ao estudante pode incutir neste a habilidade de horizontalizar as relações e compartilhar a decisão com o paciente, ou seja, dar-lhe autonomia (Pereira e Almeida, 2005). Neste sentido, a problematização, método de ensino aprendizagem utilizado no curso de medicina da FCMS da PUC-SP pode favorecer o desenvolvimento da autonomia do sujeito e talvez contribua com o amadurecimento percebido em parte dos alunos entrevistados.

Conclusão

A expansão dos cenários de prática para além dos muros, incluindo a VD como instrumento de ensino/aprendizagem favorece a reflexão sobre o conflito da autonomia versus beneficência, trazendo contribuições positivas para a formação ética do estudante médica. A inserção dos alunos na atenção primária logo no início do curso, embora cause insegurança nos mesmos, demonstrada por dúvida quanto ao seu papel e ao momento de sua inserção e sentimento de impotência, mostrou-se importante para sua formação. Quanto ao processo de entrada na privacidade doméstica, os alunos demonstraram que a sensação de invasão é capaz de ser superada ao longo do tempo pela percepção dos benefícios que essa prática apresenta à relação médico-paciente. O conflito entre a autonomia e a beneficência expressou-se em uma progressão ao longo do curso, iniciando pela aquisição do conceito de autonomia e perpassando, em seguida, por uma reflexão opositiva às atitudes paternalistas. Essas questões parecem não serem resolvidas ao longo do curso, podendo ser um campo a ser

explorado através da VD, que pode servir como instrumento para a sua reflexão.

REFERÊNCIAS

- Alma-Ata (1978). Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, Cazaquistão.
- Almeida FCM, Maciel APP, Bastos AR, Barros FC, Ibiapina JR, *et al.* (2010). Avaliação da Inserção do Estudante na Unidade Básica de Saúde: Visão do Usuário. *Rev. bras. educ. med.* 36: 33–9.
- Anjos RMP, Gianini RJ, Minari FC, Luca AHS, Rodrigues MP (2010). Vivendo o SUS: uma experiência prática no cenário da atenção básica. *Rev. bras. educ. med.* 34(1): 172–83.
- Bardin L (2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.
- Berger PL, Luckmann T (1976). A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. 3ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes; 124-32.
- Bogdan RC, Biklen SK (1994). Investigaçao qualitativa em Educação - Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora; 89-103.
- Brasil (1990). Presidência da República. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. DF.
- Brasil (2014). Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20/06/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília (DF): Ministério da Educação.
- Campos GWS (2007). Papel da Rede de Atenção Básica à Saúde na Formação Médica. *Cadernos ABEM.* 3: 6–10.
- Cohen S (2019). The logic of the interaction between beneficence and respect for autonomy. *Med Health Care Philos.* 22(2): 297-304.
- Cyrino EG (2005). Humanizar é preciso: a dimensão essencial do cuidado. In: CYRINO, E.G. *et al.* (Org.). A universidade na comunidade: educação médica em transformação. Botucatu: Eliana Goldfarb Cyrino. 33-8.
- Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJJ, Trindade TG, Anderson MIP, *et al.* (2012). Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária de Saúde na Graduação em Medicina. *Rev. bras. educ. med.* 36(1): 143–8.
- Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS (2013). Ética e valores na formação profissional em saúde : um estudo de caso. *Cien saude colet.* 18(10):3033–42.
- Gomes AP, Costa JRB, Junqueira T da S, Arcuri MB, Batista RS (2012). Atenção Primária à Saúde e Formação Médica: entre Episteme e Práxis. *Rev. bras. educ. med.* 36 (4): 541–9.
- Kaufmann DM, Mann KV (2010). Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice. In: Swanwick T, editor. *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice.* Oxford, UK: Wiley-Blackwell. 17.
- Kawamoto E, Santos M, Mattos T (1995). Enfermagem comunitária: Visita Domiciliar – São Paulo, E.P.U.
- Leite AJM, Caprara A, Filho JMC (2007). Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier.

- Lopes WO, Saube R, Massaroli A (2016). A Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Rev. Ciênc. cuid. saúde.* 7(2): 241-7.
- Machado CDB, Wuo AS (2019). Processo de socialização na formação identitária do estudante de medicina. *Trab. educ. saúde.* 17(2): 1-21.
- Machado CDB, Wuo AS, Heinzle M (2018). Educação Médica no Brasil: uma análise sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. *Rev. bras. educ. med.* 42(4): 66-73.
- Maffesoli M (1998). *Elogio da razão sensível.* Petrópolis: Ed. Vozes.
- Martins MG, Resende RMG, Miranda PSC, Pinto ITS (2001). Avaliação da inserção precoce de estudantes universitários em serviços de saúde. *Rev. bras. enferm.* 54(4): 651-7.
- Moraes R (1999). Análise de Conteúdo. *Rev. Educ.* 22(37):7-32.
- Osorio AG, Loaiza DPB, Castillo LO, Alarcón AMM (2020). Fundamentación de la visita domiciliar desde un enfoque de enfermería familiar y cultural. *Rev. Ciênc. Cuid. saúde.* 17(1): 99-111.
- Pereira OP, Almeida TMC (2005). A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 9(16): 69-79.
- Poles TPG, Oliveira RA, Anjos RMP, Almeida FA (2018). Percepção dos Internos e Recém-Egressos do Curso de Medicina da PUC-SP sobre sua Formação para Atuar na Atenção Primária à Saúde. *Rev. bras. educ. med.* 42(3): 121-128.
- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2018). PUC (2018). Projeto pedagógico do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde Campus Sorocaba.
- Ricardo MPF, Marin MJS, Otani MAP, Marin MS (2014). Estudante de medicina na estratégia saúde da família em séries iniciais: percepção dos egressos. *Rev. esc. enferm. USP.* 48 (2) 187-92.
- Rocha K, Conz J, Barcinski M, Paiva D, Pizzinato A (2017). A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psic., saúde & doenças.* 18(1): 170-85.
- Romanholi RMZ, Cyrino EG (2012). A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface - comunic., saude, educ.* 16(42): 693-705.
- Romanholi RMZ, Cyrino EG, Carvalho Júnior PM (2014). Os vários naipes da visita domiciliar na formação de estudantes de medicina. In: Antonio Pithon Cyrino; Daniele Godoy; Eliana Goldfarb Cyrino. (Org.). *Saúde, ensino e comunidade: Reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde.* 252ed. São Paulo: Cultura Acadêmica. 1: 13-252.
- Silva HB (2010). Beneficência e paternalismo médico. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 10(2): 419-25.
- Silva RA, Fernandez JCA, Barros NF, Nascimento JL (2018). Ciências Sociais em Saúde, Educação Médica e a Concepção intervencionista e colonial da prática médica. *Trab. educ. saúde.* 16(1): 39-56.
- Tavares G, Henrique V, Filho O, Ferreira A, Federal U, Grande R, *et al.* (2016). Método para aplicar entrevistas em profundidade: avaliando causas de baixo desempenho em um operador logístico. *Rev. gest. ind.* 12(4): 103-26.
- Ugarte ON, Acioly MA (2014). O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso. *Rev. col. bras. cir.* 41(5): 274-7.
- Vieira JE, Elias PEM, Bonseñor IJM, Grisi SJE (2006). Instalação da Disciplina de Atenção Básica em Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). *Rev. bras. educ. med.* 31(3):236-44
