

A imagem do profissional médico nas redes sociais

The image of the medical professional in social networks

Aeligton Filho

Universidade Federal do Piauí, E-mail: aeligtonfilho@gmail.com

Nícolas Rosal Lemos

Universidade Federal do Piauí, E-mail: nic.rosal.lemos@gmail.com

Jordânia da Silva Santos

Universidade Federal do Piauí, E-mail: jordanciasantos1845@gmail.com

Fábio Solon Tajra

Universidade Federal do Piauí, E-mail: fstajra@hotmail.com

Resumo: A imagem do profissional médico é construída pelos sujeitos a partir do conceito de saúde que é assumido por cada um deles. Assim, é possível fazer referência aos paradigmas explicativos do processo saúde-doença revelados socialmente. As redes sociais contribuem para a veiculação dessa imagem e são capazes de propagar uma construção repleta de símbolos e significados. Aqui, buscamos analisar a imagem do profissional médico veiculada nas redes sociais, assim como os símbolos que são associados a essa categoria profissional. Realizamos um estudo exploratório-descritivo com base nas imagens referentes ao profissional médico que foram veiculadas na rede social *Instagram*. As imagens foram obtidas manualmente durante o mês de abril de 2019, diariamente e de forma ininterrupta, a partir das seguintes hashtags: #medico, #medica, #medicos e #medicas. O estudo esteve fundamentado no método de análise da imagem proposto por Joly. Foram obtidos duzentos registros diferentes, divididos em oito unidades de significado, a saber: centrado na doença; fragmentação; práticas assistenciais; tecnologias de diagnóstico; equipamentos e acessórios médicos; educação em saúde e educação na saúde; trabalho em equipe; e, interação profissional de saúde e usuário. A imagem do médico veiculada nas redes sociais pode ser compreendida a partir dos paradigmas explicativos do processo saúde/doença com ênfase no modelo biomédico e no modelo de determinação social. Esses paradigmas revelam visões distintas sobre a saúde e de como a atividade médica deveria ser exercida. Por meio da análise dos registros, percebemos a simplificação desses profissionais e das suas atividades.

Palavras-chave: Profissional de saúde. Medicina. Redes Sociais. Pesquisa Qualitativa. Hermenêutica.

Abstract: The image of the medical professional is constructed by the subjects from the concept of health that is assumed by each one of them. Thus, it is possible to refer to the socially revealed paradigms of the health-disease process. Social networks contribute to the transmission of this image and are able to propagate a construction full of symbols and meanings. From this, we seek to analyze the image of the medical professional shown on social networks, as well as the symbols that are associated with this profession. We carried out an exploratory-descriptive study based on images referring to the medical professional that were shown on the social network *Instagram*. The images were obtained manually during the month of April 2019, daily and uninterruptedly, from the following hashtags: #medico, #medica, #medicos and #medicas. The study was based on the image analysis method proposed by Joly. Two hundred different records were obtained, divided into eight units of meaning, namely: centered on the disease; fragmentation; care practices; diagnostic technologies; medical equipment and accessories; health education and health education; team work; and, health professional and user interaction. The image of the doctor conveyed on social networks can be understood from the explanatory paradigms of the health / disease process with an emphasis on the biomedical model and the model of social determination. These paradigms reveal different views about health and how medical activity should be performed. Through the analysis of the records, we noticed the simplification of these professionals and their activities.

Key words: Healthcare personnel. Medicine. Social networking. Qualitative research. Hermeneutics.

Recebido em: 06/04/2020

Aprovado em: 26/05/2020



INTRODUÇÃO

A imagem do profissional de saúde tende a ser construída social, política e culturalmente (SILVA; PINTO, 2013). Desta forma, as transformações experienciadas pela sociedade em virtude de alguns eventos históricos provocam repercussões nas diversas categorias profissionais.

A revolução industrial e a tecnológica, por exemplo, produziram interferências importantes na imagem dos profissionais de saúde, em especial, do médico (RODRIGUES; LUCA; GUIMARÃES, 2014). Também, foram responsáveis pelo surgimento de outras categorias profissionais que buscaram atender às necessidades, demandas e representações sociais.

De fato, o desenvolvimento da ciência, ao longo do tempo e a partir desses marcos, impactou, diretamente, nessa dinamicidade. O aperfeiçoamento de dispositivos e o alcance de cada um deles provocou novos significados e sentidos para a saúde e para a imagem construída dos profissionais que atuam nessa área. Contudo, acreditamos que a construção dessa imagem não se deu de forma linear. É possível que estejamos imersos a muitas dessas construções e podemos interagir com uma ou outra, isolada ou simultaneamente.

As imagens produzidas sobre áreas temáticas específicas como essa ou sobre os sujeitos que nelas atuam podem revelar mentalidades, histórias, transformações e permanências. Essa imagem compõe um tipo de linguagem que agrega múltiplos significados e sentidos e que podem ser explorados para compreender mais sobre essa construção (RENOVATO et al, 2009).

A fotografia é um desses produtos e assumiu, atualmente, papel importante nas diversas redes sociais virtuais. Entre os profissionais da saúde, há uma crescente popularização do uso dessas redes com a publicação de informações sobre suas rotinas (MARTORELL; NASCIMENTO; GARrafa, 2016).

O *Instagram* constitui uma possibilidade de socialização e ampla difusão de imagens. Trata-se de uma rede social cuja principal troca comunicativa é o uso de imagens, associado ou não a uma narrativa. Aqui, existe a possibilidade de vinculação das imagens de conteúdos semelhantes por meio das *hashtags* que funcionam como marcadores para associar uma imagem a um tópico ou discussão. Geralmente, essas *hashtags* tornam-se links indexáveis pelos mecanismos de busca da rede social (BATISTA; RODRIGUES, 2015).

A partir disso, foi elaborado um questionamento: qual é a imagem do profissional médico veiculada nas redes sociais? Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a imagem do profissional médico veiculada nas redes sociais, assim como os símbolos que são associados a essa categoria profissional.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório-descritivo com ênfase na natureza qualitativa (RICHARDSON, 2017)

em que foram pesquisadas imagens referentes ao profissional médico. O estudo foi realizado a partir do *Instagram* (www.instagram.com) que constitui uma rede social de livre acesso aos usuários, cujas imagens estão disponíveis para cópia sem necessidade de prévia autorização, caso postadas em “modo público” pelo usuário.

As imagens foram obtidas manualmente durante o mês de abril de 2019, diariamente e de forma ininterrupta, sem a identificação do proprietário do perfil, a partir do critério relevância apontado pela rede social. As imagens selecionadas incluíram no seu próprio post as seguintes *hashtags*: #medico, #medica, #medicos e #medicas. As *hashtags* com grafia correta (#médico, #médica, #médicos e #médicas) não foram utilizadas, uma vez que as correspondentes sem acento eram de maior relevância, tendo frequência significativamente maior nos posts do *site*. O número total de imagens selecionadas de cada *hashtag* foi registrado e arquivadas para posterior análise.

Os critérios de inclusão para os posts foram: imagens que evidenciam a categoria profissional do médico, imagens ou indícios de representação do exercício da profissão médica em qualquer uma das áreas de atuação; ser passível de interpretação; estar inserido dentro de um contexto ou permitir o entendimento da imagem ou indício apresentado. Foram critérios de exclusão de imagens: propagandas que não mencionem proposta de educação em saúde, selfies e fotos pessoais fora do ambiente de trabalho, imagens meramente cotidianas, imagens que indiquem personalidades, fotos que não concebam a representação ou legitimidade da profissão médica, charges ou memes. Além disso, imagens duplicadas tomaram valor de apenas uma imagem.

Após o período de coleta de dados, as imagens foram analisadas de acordo com seus significados e símbolos, podendo, no entanto, uma mesma imagem ser alocada em duas ou mais unidades de significado. Aquelas imagens que geraram dúvidas ou controvérsias sobre o que representam, foram exaustivamente discutidas pelos pesquisadores até se chegar ao consenso.

Este estudo foi construído e fundamentado na proposta hermenêutica de Hans-Georg Gadamer (2015; 2018) que menciona o uso da arte para além de uma perspectiva estética. A análise das imagens foi associada ao método proposto por Joly (2007) e análise descritiva, sendo os resultados expressos em unidades de significado e frequência de ocorrência (números absolutos e porcentagens).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ainda que a natureza deste estudo não seja puramente quantitativa, optamos por, inicialmente, apresentar a frequência de ocorrência (números absolutos e porcentagens) das unidades de significado, para melhor caracterização do *corpus* de análise utilizado. A partir da busca das imagens na rede social, identificamos 200 registros. Cada um deles foi analisado pelos autores até chegar em um consenso

sobre a unidade de significado mais apropriada. Os resultados foram expressos na Tabela 1.

Tabela 1. Registro das unidades de significado relacionadas à imagem do profissional médico obtidas na rede social Instagram em 2019.

Unidades de significado	Descrição	N	%
Centrado na doença	Foco na doença e nos seus efeitos	4	2
Fragmentação	Ênfase no corpo em partes, divisão, fragmentação	29	14,5
Práticas assistenciais	Foco no procedimento e nas práticas assistenciais (ambulatoriais e hospitalares)	11	5,5
Tecnologias de diagnóstico	Valorização de exames e investimento tecnológico para fins de diagnóstico	9	4,5
Equipamentos e acessórios médicos	Valorização da imagem do médico por meio do jaleco, estetoscópio e outros acessórios de uso rotineiro	82	41,0
Educação em saúde e educação na saúde	Informes, folders, cartazes relacionados com a produção de conhecimento e informação e com as temáticas de educação em saúde e educação na saúde	55	27,5
Trabalho em equipe	Ênfase no trabalho em equipe e na cooperação entre diferentes categorias profissionais	5	2,5
Interação profissional de saúde e usuário	Foco na interação entre os sujeitos tendo em vista a construção do vínculo	5	2,5
Total		200	100

Fonte: pesquisa direta.

As cinco primeiras unidades de significado demonstradas na Tabela 1 (centrado na doença; fragmentação; práticas assistenciais; tecnologias de diagnóstico; e, equipamentos e acessórios médicos) representaram 67,5% (n=135) dos achados. Essas unidades estiveram relacionadas à simplificação da imagem do profissional médico. Isso é consequência da redução do conceito de saúde, sendo ele limitado a questões de causa e efeito da doença, bem como do entendimento do exercício da medicina atrelado unicamente às práticas diagnósticas e curativas, presentes no cotidiano.

Essas unidades de significado estão relacionadas à manutenção de um perfil médico-centrado e fortemente assistencialista em que o principal lócus é o hospital. A imagem do médico foi construída, ainda, a partir de equipamentos e acessórios específicos, como o jaleco e o estetoscópio, e de partes do corpo para identificar a especialidade, como o coração para os cardiologistas. Isso tudo valida um modelo mais arcaico, o modelo biomédico.

Em contrapartida, as outras três unidades construídas (educação em saúde e educação na saúde, trabalho em equipe e interação profissional de saúde e usuário), trouxeram outras perspectivas. Correspondem a 32,5% das imagens (n=65) e potencializaram outras competências dessa categoria profissional sem promover nenhum tipo de concorrência entre elas. Investiram na promoção da saúde, sendo a educação um instrumento dessa atividade, na relação do médico com os outros profissionais, a fim de motivar e estimular o trabalho em equipe e, na humanização, fundamentada na relação do médico com os pacientes. Apontaram para um conceito ampliado da saúde e resgataram a fundamentação do movimento de reforma sanitária brasileira de superação do modelo biomédico.

Vale ressaltar que esses modelos foram construídos à luz de um movimento social, político e cultural em cenários e contextos particulares e, ainda hoje, são percebidos no nosso cotidiano, seja pelo contato com os sujeitos, seja pela veiculação de propagandas e imagens pessoais.

O modelo biomédico era predominante entre os médicos no século XIX. Aqui, a saúde estava relacionada com a ausência da doença. Já a doença estava relacionada com a dor ou com o defeito. Naquela ocasião, o foco eram os processos físicos, tais como a patologia, a bioquímica e a fisiologia de uma doença. Não se levava em consideração os fatores sociais ou subjetividade de cada um dos sujeitos. Isso fez com que a imagem do médico fosse construída a partir de um olhar restrito. Estava relacionado com o ambiente hospitalar e orientado por uma supervalorização da especialidade. Não havia preocupação com a promoção da saúde, já que a visão era unicamente biologicista. Ainda apoiado nesse paradigma, o médico era observado como uma imagem de autoritarismo e paternalismo, eximindo qualquer autonomia que o paciente tivesse sobre o seu processo saúde-doença (Quadro 1).

Tais concepções sobre o processo saúde-doença, aqui expostas, encontraram base no modelo flexeriano, que observava por uma perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde (ALMEIDA FILHO, 2019). Tal modelo encontrou espaço no contexto em que o perfil epidemiológico dos locais em que foi adotado era do predomínio de doenças infectocontagiosas de alta mortalidade, porém com baixa morbidade ou com potencial de cura (MORAES, 2012).

O relatório Flexner teve grande implicação na formação médica, pois foi o modelo em que se consolidou a estrutura curricular dos cursos de

medicina na América do Norte, pautados nesse modelo subindividual (focado em processos fisiológicos, fisiopatológicos, unicastais) e focado na especialização como forma de arquitetar o cuidado (PAGLIOSA, 2019). Um dos parâmetros de organização dos cursos de medicina preconizados por esse relatório determinava a sua divisão em ciclos “básico” (com prática acadêmica centrada em laboratórios e dissociada com o cuidado do paciente) e “profissionalizante” (com formação não focada em aspectos importantes do cuidado, que não fossem os padronizados pelo seu modelo). Tais metodologias são, ainda, observadas em alguns cursos de medicina, evidenciando sua força e dificuldade para superá-lo.

No contexto da criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de saúde estava relacionado com “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não mera ausência de moléstia ou enfermidade” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, pág. 80). Essa perspectiva repercutiu na área médica, uma vez que trouxe mais elementos para a prática de saúde, não se atendo apenas à dimensão biologicista do processo saúde-doença, representando o início de sua superação.

Na década de 70, foi inaugurado um modelo processual (explicativo multicausal) delineado por Leavell e Clark. Aqui, o restabelecimento da normalidade estava fundamentado na visão positiva da saúde de valorização de medidas preventivas e encontrava eco no âmbito do conhecimento da saúde humana. Cinco níveis de atenção à saúde estiveram estruturados, a saber: promoção da saúde, proteção específica, diagnóstico precoce e tratamento imediato, limitação do dano e reabilitação. Esses níveis estavam relacionados a três tipos de prevenção: primária, secundária e terciária. Sob a óptica desse novo

paradigma, observamos a emergência da imagem do médico diferente da advinda do modelo biomédico, embora ainda bastante relacionada com este, a saber: impessoal, cientificista, assistencialista, porém ainda centralizador, prescritivo, apoiado na especialidade (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

Na década de 80, o cenário nacional estava relacionado com a reforma sanitária em que a tendência era pensar a saúde de forma ampliada. As proposições desse movimento, iniciada por intelectuais e trabalhadores do campo da saúde, recebendo posteriormente apoio e contribuição de outros setores, como sindicalistas, populares, gestores, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor, e tendo como alicerce as ideias vindas da Conferência de Alma-Ata, em 1978. Tais princípios foram consagrados no Brasil com a 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986 (GADELHA, 2015).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal Cidadã, que oficializa o Sistema Único de Saúde (SUS) como a forma de organização das ações de saúde do Brasil, partimos para uma nova realidade. O conceito de saúde a ser vivenciado passou a envolver aspectos diversos e esteve alicerçado em uma perspectiva ampliada com ênfase na promoção e prevenção. Logo após, o modelo assistencial passou por uma reorientação a partir da atenção primária e o programa Saúde da Família foi implantado no país (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015). Isso fez emergir o médico generalista ou o médico de família e comunidade como imagem idealizada para esse profissional, mesmo que não unânime dentro das discussões sobre o modelo assistencial brasileiro (Quadro 1).

Quadro 1. Conceitos, marcos, características e implicações na imagem do médico relacionados a modelos explicativos do processo saúde-doença.

Modelo explicativo	Biomédico	Processual / História Natural da Doença (HND)	Determinação do processo saúde-doença / Reforma sanitária brasileira
Conceito	Saúde é a ausência de enfermidade. Situação de perfeito bem-estar físico, mental e social	Saúde sob a visão focada na história natural da doença	Saúde sob uma óptica ampliada, focada em seus determinantes sociais
Marcos e fatos importantes	Relatório Flexner e Paradigma flexeriano do processo saúde-doença	Carta de Alma-Ata	Relatório Dawson; Constituição Federal de 1988 (Brasil).
Características	Fragmentado; generalizante; mecanicista; analítico; centrado na cura; e, técnico-instrumental	Cientificista; e impessoal	Integrado; coordenado pela atenção primária à saúde; articulado em redes; apoiado na transversalidade do cuidado; centrado na cura, promoção de saúde e prevenção de doenças; focado em capacidades relacionais
Implicações na imagem do médico	Centralizador; paternalista; prescritivo; autoritário; e, moralizante	Assistencialista; centralizador; prescritivo; e, apoiado na especialidade	Generalista; humanista; crítico; reflexivo; articulador das ações e serviços de saúde; e, comunicativo

Fonte: pesquisa direta

No Brasil, apesar de todo o esforço de superação do modelo fragmentado, alguns pontos precisam ser melhorados e aperfeiçoados. Dentre outras coisas, podemos mencionar às estruturas burocráticas pesadas, ao corporativismo, aos preconceitos em relação à tecnologia simplificada, além de alta rotatividade dos médicos que compõem as equipes de atenção básica (CONILL, 2008; PIERANTONI et al, 2015).

Como proposta de superação, foram disparadas ações macro-estratégicas e micro-operacionais. Dentre as ações macro, foi elaborada proposta de organização e funcionamento dos serviços em redes, tendo em vista a necessidade de articulação e integração dos setores e serviços (VIANA et al, 2018). A Política Nacional de Educação Permanente, também, foi relevante para a qualificação das equipes de saúde já atuantes (FRANCO, 2007; CAMPOS; SENA; SILVA, 2017). Aliado a isso, foram implementadas novas diretrizes curriculares para o curso de medicina na tentativa de atuar na formação e desenvolvimento de novos profissionais (VARELA et al, 2016; FERREIRA et al, 2019; PEDROSA, 2019).

Já do ponto de vista micro-operacional, as equipes de saúde foram incentivadas a desenvolver estratégias de apropriação do território de atuação, construção de vínculo, potencialização dos equipamentos sociais já existentes, além de elaborar um plano de trabalho a ser experienciado na intenção de responder às necessidades e demandas identificadas (JUSTO et al, 2017). Nesse sentido, é importante, também, perceber quais são as necessidades das próprias equipes na intenção de estabelecer a conexão com as ações macro-estratégicas.

Diante disso, vale mencionar a potência do desenvolvimento de ações integradas entre ensino-serviço-comunidade. O objetivo é reunir esforços e aglutinar recursos que possam capilarizar o trabalho em saúde (ARAÚJO et al, 2019; MENDES et al, 2018).

É possível que essas ações tenham agregado mais elementos para o conceito de saúde, levando, a implicações diretas na organização dos serviços e na imagem dos profissionais médicos. Se antes, o médico possuía a imagem de ser autoritário, prescritivo, especialista e reducionista, atualmente, existe uma tendência para a atuação que valoriza o caráter humanista, crítico, reflexivo e generalista, ainda que, em porção significativa do meio da saúde, essa visão ampliada encontre dificuldade em se firmar (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Tal resignificação também influencia na arquitetura curricular da formação médica. A análise do perfil do egresso das diretrizes curriculares dos cursos de medicina destaca alguns aspectos importantes, como a formação generalista, pautada em aspectos da formação de natureza humanística, crítica e reflexiva, atuação em todos os níveis de atenção à saúde e modelo de formação centrado no processo saúde-doença. Seguindo a tendência de valorização da atenção básica e interesse pela humanização da imagem do médico, as diretrizes mais recentes incluíram o papel de responsabilidade social desse,

compromissado com a defesa da cidadania e da dignidade humana e evidenciaram a transversalidade do cuidado como característica importante desse processo (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

CONCLUSÕES

A construção social, política e cultural acerca dos profissionais médicos é demonstrado pelas imagens circulantes relativas aos mesmos nas redes sociais.

No presente estudo, observamos que a imagem do médico veiculada nas redes sociais pode ser compreendida a partir dos paradigmas explicativos, com ênfase no modelo biomédico e no modelo de determinação social; ambos possuindo visões distintas sobre a saúde de uma forma geral e de como a atividade médica deveria ser exercida. Tal fato é demonstrado nos registros por meio da simplificação desses profissionais e da sua atividade, o que representaria o primeiro modelo; ou da ampliação de suas atividades e potenciais, fundamentando o segundo.

Entretanto, apesar de o modelo de determinação social ser o mais atual e preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina, os registros relativos ao modelo assistencialista se mostraram superiores em números, representando 67,5% do total de imagens, demonstrando que a imagem biomédica, causalista e assistencial, incentivada durante anos, ainda, se mantém vigente na sociedade. Desse modo, o estudo revela a persistência da necessidade de modificação dessa imagem na sociedade, por meio do investimento em estratégias para gerar essa mudança na cultura sobre o médico, a fim de se obter a integralidade da saúde como imagem estabelecida.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Universidade Federal do Piauí (UFPI) pelo apoio ao desenvolvimento de pesquisas no âmbito de Iniciação Científica Voluntária.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, Dec. 2010.

ARAÚJO, Josefaelen Rabelo Fernandes de; TAJRA, Fábio Solon; MOURA, Marcoeli Silva; VIANA, Patrícia Ferreira de Sousa; BRANCO, Cacilda Castelo. Diálogos sobre o papel da universidade na Rede de Atenção à Saúde Bucal. *Revista Brasileira de Educação e Saúde – REBES*. 2019, v.9, n.3, pág 77-86.

BATISTA, G; RODRIGUES, R. A Construção de Identidade na “Geração Fitness” do Instagram: a representação do eu e do corpo no ciberespaço [internet]. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/sis/2014/resumos/R9-1378-1.pdf>.

Acesso em: 11 mar. 2018. ANAIS DE Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXXVII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Foz do Iguaçu, PR – 2 a 5/9/2014

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007.

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; SENA, Roseni Rosângela de; SILVA, Kênia Lara. Educação permanente nos serviços de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160317, 2017.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008.

FERREIRA, Marcelo José Monteiro et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e170920, 2019..

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-438, Dec. 2007.

GADAMER, Hans-Georg. Verdade e método Vol. 1. 15 ed, Petrópolis: Vozes. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2015. 631p.

GADAMER, Hans-George. Estética y hermenêutica. 4 ed, Madrid: Neometrópolis, 2018.

GADELHA, Paulo. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2047-2058, Oct. 2015.

JOLY, M. **Introdução à Análise da Imagem**. (Trad. Marina Appenzeller). Campinas: Papyrus, 1996, p. 152

JUSTO, Larissa Galas et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1345-1354, 2017.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 66-73, Dec. 2018

MARTORELL, Leandro Brambilla; NASCIMENTO, Wanderson Flor do; GARRAFA, Volnei. Redes sociais, privacidade, confidencialidade e ética: a exposição de imagens de pacientes no facebook. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 13-23, Mar. 2016.

Rev. Bra. Edu. Saúde, v. 10, n.2, p. 85-91, jul-set, 2020.

MENDES, T. de M. C.; BEZERRA, H. de S.; CARVALHO, Y. de M.; DA SILVA, L. G.; SOUZA, C. M. C. de L.; ANDRADE, F. B. DE. Interação ensino-serviço-comunidade no Brasil e o que dizem os atores dos cenários de prática: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 1, p. 98-116, 6 jul. 2018.

MORAES, Gustavo Vaz de Oliveira. **Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade**. 2012, 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2012.

MOTTA, Luís Claudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, June 2015.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, Dec. 2008.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Implantação e desenvolvimento do curso de Medicina em Parnaíba (PI), Brasil, a partir do Programa Mais Médicos para o Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e180012, 2019.

PIERANTONI, Celia Regina et al. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 637-647, Sept. 2015.

PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; OLIVEIRA, Luiz Roberto de. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010.

RENOVATO, Rogério Dias et al. Significados e sentidos de saúde socializados por artefatos culturais: leituras das imagens de advertência nos maços de cigarro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1599-1608, Oct. 2009.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

RODRIGUES, CC., LUCA, TR., and GUIMARÃES, V., orgs. Identidades brasileiras: composições e recomposições [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014, 257 p. Desafios Contemporâneos collection. ISBN 978-85-7983-515-5. Available from SciELO Books .

SILVA, Vinício Oliveira da; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Construção da identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura.

Interface (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 46, p. 549-560, Sept. 2013.

VARELA, Danielle Santiago da Silva; CARVALHO, Mariza Maria Barbosa; BARBOSA, Maria Udete Facundo; SILVA, Ivna Zaira Figueredo da; GADELHA, Raimunda Rosilene Magalhães; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa.

Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação de Profissionais para o SUS. **Revista Brasileira de Educação e Saúde – REBES**. 2016, v.6, n.3, pág 39-43.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, June 2018.