

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
PROGRAMA DE ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIANA FRANCO RIBEIRO DE OLIVEIRA

**AS PRÁTICAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM NO DESENVOLVIMENTO DA
HUMANIZAÇÃO DA FORMAÇÃO MÉDICA NA ÁREA DE SAÚDE COLETIVA**

CURITIBA

2019

MARIANA FRANCO RIBEIRO DE OLIVEIRA

**AS PRÁTICAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM, NO DESENVOLVIMENTO DA
HUMANIZAÇÃO DA FORMAÇÃO MÉDICA, NA ÁREA DE SAÚDE COLETIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Márcio José de Almeida
Coorientadora: Prof. Dra. Ivete P. S. Zagonel

CURITIBA

2019

TERMO DE APROVAÇÃO

MARIANA FRANCO RIBEIRO DE OLIVEIRA

**“AS PRÁTICAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM, NO DESENVOLVIMENTO
DA HUMANIZAÇÃO DA FORMAÇÃO MÉDICA, NA ÁREA DE SAÚDE
COLETIVA”**

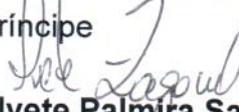
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:



Prof. Dr. Márcio José de Almeida

Doutor em Saúde Pública. Professor Orientador do Programa em Ensino nas Ciências da Saúde, da Faculdades Pequeno Príncipe



Prof.ª Dr.ª Ivete Palmira Sanson Zagonel

Doutora em Enfermagem. Professora Orientadora do Programa em Ensino nas Ciências da Saúde, da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.ª Dr.ª Milena Binhame Albini Martini

Pós Doutorada em Ciências Biológicas. Professora e Orientadora da Universidade Positivo.

Curitiba, 22 de março de 2019.



“Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses que-fazeres se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade”

“Enquanto eu luto, sou movido pela esperança; e se eu lutar com esperança, posso esperar.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Márcio Almeida pelo incentivo, cuidado e atenção nessa caminhada.

Agradeço à Prof. Ivete Zagonel pelo encaminhamento e dedicação ofertados na fase final do estudo.

Agradeço à Prof. Milena Albini pela grande contribuição e carinho impressos na correção.

Agradeço à amiga, de longos anos, Bianca Della Bianca por toda ajuda e sabedoria oferecidas com amor.

Agradeço à amiga de batalha, Rossana Mazzaro, pelo apoio, ouvidos e abraços de carinho oferecidos para acalantar.

Agradeço aos meus filhos, Gabriel e Cecília, pelo desprendimento e força em todos os momentos de minha ausência e a meu esposo, Fausto Oliveira, pela paciência e auxílio entregues. A eles, todo meu amor!

Agradeço aos meus sogros, Tadeo e Dirce, por todo cuidado, dedicação e carinho dado aos meus filhos, quando eu não estava presente.

Agradeço aos meus pais, Renato e Sônia, pela minha formação, pelo meu incentivo, pelas inúmeras orientações e acima de tudo por todo amor que me move.

Agradeço à minha irmã, Juliana Ribeiro, por sempre me fazer acreditar e seguir.

Agradeço, aos participantes do estudo e aos meus alunos, que são minha força motriz para seguir caminhando e melhorando a cada dia. Em especial, ao Lucas Castanho e Rodrigo Oliveira, que me impulsionaram a acreditar em uma medicina mais humana.

RESUMO

OLIVEIRA, M. F. R. **As práticas de ensino e aprendizagem, no desenvolvimento da humanização da formação médica, na área de saúde coletiva.** 2019. Dissertação (Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde) – Faculdades Pequeno Príncipe, 2019.

Orientador: Prof. Dr. Márcio José de Almeida

Coorientadora: Prof. Dra. Ivete P. S. Zagonel

Introdução: A modernização da medicina foi acompanhada pelo crescimento tecnológico, pela superespecialização e pelo enfoque hospitalocêntrico, culminando com distanciamento do olhar integral ao outro, o que foi denominado de “modelo biomédico de atenção”. Essa transformação, do final do Século XX, desenvolveu o distanciamento nas relações médico-paciente, que se demonstravam insuficientes em acompanhar o seu sofrimento e as suas necessidades emocionais, quando adoeciam, e acarretou a necessidade de mudança na educação médica, que inseriu o tema Humanização em Saúde como foco de discussão e ensino. Nesse período, os cursos de medicina têm tentado se reestruturar a fim de se adequar ao novo modelo curricular exigido, incluindo a discussão dos temas de humanização e de práticas para o seu desenvolvimento, em seus Projetos Pedagógicos. No entanto, ainda não há resposta em relação às metodologias mais adequadas a serem utilizadas para alcançar os objetivos propostos. **Objetivos:** Avaliar as práticas de ensino e aprendizagem no desenvolvimento da humanização em saúde, do primeiro ao quinto ano e comparar as experiências dos docentes e discentes em relação a essas práticas. **Método:** O estudo utiliza a abordagem qualitativa, para analisar - Instituição de Ensino Superior, docentes e discentes, a partir da pesquisa-participante. Os dados foram coletados a partir da triangulação da pesquisa-participante, estudo documental e entrevistas semiestruturadas com 10 estudantes e 5 professores de Saúde Coletiva, do 1º ao 5º ano do curso, do eixo de Saúde Coletiva, de uma universidade privada de Curitiba. **Resultados:** As habilidades de Humanização em Saúde podem ser ensinadas e aprendidas e dependem de: um ensino que permeie todos os anos do curso e a maioria das disciplinas; metodologias de vivências práticas nas comunidades e redes de atenção do sistema de saúde; incorporação das artes como treinamento dessa habilidade e olhar subjetivo; um modelo integrado de currículo, com base na interdisciplinaridade; um professor que represente um modelo de ensino e aprendizagem, com percepção de suas atitudes éticas e humanas, perante os estudantes; treinamento constante de competência relacional, entre estudantes, entre professor e estudante, com profissionais de saúde e com pacientes; utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa nas abordagens clínicas realizadas pelos estudantes. **Considerações finais:** O ensino médico e as relações, por ele organizadas, são complexos e envolvem vários fatores que interagem na aquisição de conhecimento pelo estudante. A Humanização em Saúde se destaca, como habilidade a ser desenvolvida e treinada, constantemente, do primeiro ao sexto ano, para que o cuidado ao paciente seja adequado às suas necessidades.

Palavras-chave: Educação Médica / Ensino / Saúde Pública / Humanidades

ABSTRACT

OLIVEIRA, M. F. R. **Teaching and learning practices in the development of the humanization of medical education in the collective health, area.** 2019. Dissertation (Master's Degree in Teaching in Health Sciences) - Faculdades Pequeno Príncipe, 2019.

Advisor: Prof. Dr. Márcio José de Almeida

Coorientator: Prof. Dra. Ivete P. S. Zagonel

Introduction: The modernization of society and medicine were followed by technological growth, super-specialization and the hospital-centered approach, culminating in a distance from the integral care of another, which was called the "biomedical model of care".^[MM1] This transformation, at the end of the 20th century, developed a distance between the doctor-patient relationship, which has proved insufficient to closely monitor the patients' suffering and emotional needs when they became ill. This distance has also led to the need for a change in medical education, which in turn inserted the "Humanization in Health" theme as a focus of discussion and teaching. Lately, medical courses have been restructured in order to adapt to this new required curricular model, including the discussion of topics like humanization and related practices in their Pedagogical Projects. However, there is still no answers regarding which the most appropriate methodologies, are to be used. **Objectives:** To evaluate teaching and learning practices in the development of humanization in health, in the Collective Health axis of the Medicine course, from a private university in Curitiba, from first to fifth years, and to compare the experiences of teachers and students in relation to these practices. **Methodo:** The study used the qualitative approach to analyze Institution of Higher Education, teachers and students with the participant-research^[MM2]. Data were collected from the participant-research triangulation, documentary research and semi-structured interviews with 10 students and 5 teachers in Public Health, from 1st to 5th years of the course. **Results:** Humanization skills in Health can be taught and learned and rely on: teaching that is present in every year of the course and in most disciplines; methodologies of practical experiences in the communities and attention networks of the public? health system; incorporation of arts as training and subjective look; an integrated curriculum model, based on interdisciplinarity; a teacher who represents a model of teaching and learning, aware of his ethical and human attitudes towards students; constant training of relational competence, between students, between teacher and student, with health professionals and with patients; use of the Person-Centered Clinical Method in clinical approaches undertaken by students. **Final considerations:** Medical education and the relationships it organizes are complex and involve several factors that interact in the acquisition of knowledge by the student. Humanization in Health stands out as a skill to be constantly developed and trained, from first to sixth years, so that patient care is adequate to their needs.

Keywords: Medical Education / Teaching / Public Health / Humanities

SUMÁRIO

SUMÁRIO	6
LISTA DE QUADROS	8
LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE SIGLAS	10
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA.....	16
1.2 OBJETIVOS.....	17
1.2.1 Objetivo Geral.....	17
1.2.2 Objetivos específicos.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 MEDICINA E ENSINO MÉDICO	18
2.2 SAÚDE COLETIVA.....	25
2.3 METODOLOGIAS DE ENSINO DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE	28
2.4 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE	33
3 MÉTODO	39
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
3.2 PARTICIPANTES.....	41
3.3 LOCAL DE REALIZAÇÃO.....	42
3.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES.....	42
3.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	44
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	46
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL.....	47
4.1.1 Projeto Pedagógico do Curso de Medicina.....	47
4.1.2 Saúde Coletiva I	50
4.1.3 Saúde Coletiva II	52
4.1.4 Saúde Coletiva III	53
4.1.5 Investigações e intervenção em Saúde Coletiva	54
4.1.6 Internato em Medicina de Família e Comunidade	55
4.2 ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO E DIÁRIO DE CAMPO	62
4.2.1 Saúde Coletiva I	62

4.2.2	Saúde Coletiva II	64
4.2.3	Saúde Coletiva III	66
4.2.4	Investigações e intervenção em Saúde Coletiva	68
4.2.5	Internato em Medicina de Família e Comunidade	69
4.2.6	Relacionamentos observados na Pesquisa-Participante.....	70
4.2.7	Abordagem dos conteúdos e metodologias de ensino	74
4.3	ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	79
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
	REFERÊNCIAS.....	126
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
	131	
	APÊNDICE B - ENTREVISTA COM ESTUDANTES.....	133
	APÊNDICE C - ENTREVISTA COM PROFESSORES.....	134

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Ementas e divisão de carga horária disciplinares.....	57
QUADRO 2 - Objetivos, ambientes de ensino e métodos avaliativos das aulas práticas	60
QUADRO 3 - Unidades de Contexto e Unidades de Significação.....	80

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Atitudes subjetivas e objetivas de cuidado ao paciente.....	77
FIGURA 2 - Frequência Das Unidades De Significação.....	81

LISTA DE SIGLAS

IES - Instituição de Ensino Superior

APS - Atenção Primária a Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

MFC - Medicina de Família e Comunidade

SCI - Saúde Coletiva I

SCII - Saúde Coletiva II

SCIII - Saúde Coletiva III

IISC - Intervenções e investigações em Saúde Coletiva

IMFC - Internato em Medicina de Família e Comunidade

MAE - Metodologias Ativas de Ensino

PPC - Plano Pedagógico do Curso

UBS - Unidade Básica de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

UPA - Unidade de Pronto-atendimento

AA - Alcoólicos Anônimos

SOAP - Subjetivo/ Objetivo/ Análise/ Plano - técnica de registro em prontuário eletrônico

MCCP - Método Clínico Centrado na Pessoa

SIFE - Sentimento/ Ideias/ Função/ Expectativas - ferramenta do MCCP, na consulta clínica

FMUSP - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

UNESP - FMB - Faculdade de Medicina de Botucatu

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

UEL - Universidade Estadual de Londrina

FAMEMA - Faculdade de Medicina de Marília

1 INTRODUÇÃO

As discussões em torno do ensino médico são contínuas e permanentes, porque acompanham as transformações do mundo, refletindo as mudanças e padrões da sociedade, nas características intrínsecas do processo de ensino e aprendizagem. Essas transformações são acompanhadas da modernização da sociedade e, no campo médico, associadas ao crescimento tecnológico, à superespecialização médica e ao enfoque hospitalocêntrico, que se evidenciam com distanciamento do olhar integral ao outro. Essas características foram descritas, na saúde, como o “modelo biomédico de atenção”, constituindo o grande paradigma da medicina moderna (GOMES et al., 2012; RIOS; SCHRAIBER, 2012a; STREIT et al., 2012).

Segundo Streit et al. (2012), é possível descrever dois momentos, paradigmáticos, de transição na educação médica: o relatório Flexner, em 1910, que apresentou respostas pertinentes aos problemas da formação médica do Canadá e dos Estados Unidos, denominadas de “modelo biomédico de atenção” e a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, em 2001, no Brasil, que são reflexo de novas necessidades da sociedade, do modelo de Atenção em Saúde, até então organizado e em resposta à falência do modelo biomédico, no desenvolvimento da humanização profissional do médico.

Para Gomes et al. (2012), o ensino tradicional, flexneriano em sua origem, mantém a dissociação entre teoria e prática e compartimentaliza o aprendizado, o que favorece o surgimento das especializações e se afasta do todo, integral do ser humano. Esse modelo de ensino, desenvolve um tipo de assistência focada nas doenças, no âmbito hospitalar e as pessoas deixam de ser cuidadas.

O modelo biomédico vinha se demonstrando insuficiente em acompanhar o sofrimento e as necessidades emocionais dos pacientes, quando adoeciam. A transformação alcançada, a partir do final do século XX, considerou as características citadas, porém manteve o distanciamento nas relações médico-paciente, que, percebido pela sociedade, resultou em descrédito nas práticas médicas atuais (TURINI et al., 2008; GOULART; CHIARI, 2010; GOMES et al., 2012; STREIT et al., 2012).

Segundo Turini et al. (2008), a insatisfação dos pacientes com a prática médica atual é percebida a partir de queixas de problemas no envolvimento, entre médicos e pacientes, fora do seu expediente; dificuldade que os pacientes encontram em expressar suas queixas e conversar; preocupações com possíveis diagnósticos, medicamentos e seus efeitos colaterais, que não são bem explicados, pelos médicos assistentes; e preocupações com o contexto social da doença e a interferência no seu modo de vida.

A partir desta fase, as necessidades de mudança, em um contexto geral, que não envolve só a área da saúde, são reais. Nesse tema - Humanização em Saúde - houve três momentos importantes de mudanças e sua inserção como definidor de condutas: a promulgação da Nova Constituição e a criação do Sistema Único de Saúde, em 1990; as mudanças das Diretrizes Curriculares Nacionais, em 2001 e sua revisão, em 2014; e a criação da Política Nacional de Humanização com o programa Humaniza SUS, em 2003.

As mudanças culminaram, nos anos 80, com a promulgação da Nova Constituição em 1988, que traz um maior enfoque no ser humano, e carrega as exigências no campo da saúde, seguida da aprovação da Lei 8080 - Lei Orgânica da Saúde e da Lei 8.142, em que temas como Integralidade do Cuidado e Humanização do atendimento, entram em foco e começam a modificar os parâmetros educacionais exigidos, até aquele momento (GOULART; CHIARI, 2010).

Ainda assim, em 30 anos da promulgação da Nova Constituição e transformações do ensino médico, as relações médicas se mantêm distanciadas, com enfoque nas práticas hospitalares e a segregação do olhar médico, o que vai de encontro à definição da formação do médico, que, segundo Rios (2010, p.8), “deve se caracterizar por um processo de aquisição de competências de domínio técnico, ético e relacional” (GOULART; CHIARI, 2010).

Baseado nessas preocupações, o Conselho Nacional de Educação, em 2001, aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da Medicina, que foram revisadas e aperfeiçoadas, em 2014, e trouxe enfoque ao tema Humanização, como exigência nas práticas dos cursos e como habilidade indispensável à formação do profissional médico. Ainda, definiu a área de Atenção Primária à Saúde (APS), como central nas práticas clínicas, no ensino médico, durante todo o curso, descentralizando o enfoque hospitalar realizado até então, já que a APS apresenta uma resolutividade maior que

80% dos problemas de saúde da população e traz uma maior aproximação na relação-médico paciente (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014; RIOS, 2012a; STREIT et al., 2012).

Segundo Turini et al. (2008) e Rios (2010a, 2012a), as competências são saberes que podem ser ensinados, aprendidos e avaliados; elas não fazem parte apenas do modo de ser de cada pessoa, mas requerem aprendizado e treinamento. Os autores comentam que as DCNs preconizam o desenvolvimento das atitudes de humanização, a partir de habilidades ensinadas nas universidades, como comunicação, valores éticos, sensibilidade com o sofrimento do outro e que são percebidos como comprometidos, nas práticas médicas atuais.

Após as mudanças citadas, os cursos de Medicina, têm tentado se reestruturar, a fim de se adequarem ao novo modelo curricular exigido, incluindo a discussão dos temas de humanização e de práticas para desenvolvimento da competência relacional em seus Projetos Pedagógicos. No entanto, ainda não há resposta em relação às metodologias mais adequadas a serem utilizadas para alcançar os objetivos propostos, acrescidas da dificuldade por parte de aspectos subjetivos da construção da identidade do profissional médico. Essa subjetividade contemporânea ressalta a competência isolada do profissional, dificultando as experiências intersubjetivas. (FEUERWERKER, 2002a; KOMATSU, 2003; MARINS et al., 2004; GOMES et al., 2012; RIOS; SCHRAIBER, 2012a).

Marins, et al. (2004), demonstram que está claro que o estudante, mais que receber uma quantidade grande de informações desconectadas, ou focadas no fisiológico, precisa aprender o que é essencial, as relações profissionais, um olhar diferenciado ao paciente. Também cita que as escolas médicas mantêm uma relação hierarquizada estruturada, com transmissão vertical de conhecimentos a partir dos mestres e que esses rituais de poder não incentivam na formação adequada dos estudantes.

Sabe-se que, dentro do processo de evolução do ensino médico as metodologias ativas têm se mostrado as mais adequadas para o ensino, já que, segundo Marins et al. (2004), o estudante precisa ser sujeito da aprendizagem e não somente receber as informações de uma relação hierarquizada e tradicional de ensino.

Komatsu (2003), Benevides e Passos (2005), Almeida (2011) e Gomes et al. (2012), propõem que a transformação do ensino da Medicina seja muito mais focada

na questão da produção social, a variável mais importante no processo psicossociocultural de definição de doença, a partir de novas práticas transformadoras da cultura de formação médica. Esse enfoque na construção social deve ser proposto como desenho curricular, em que o conhecimento, a formação acadêmica e o cuidado à saúde sejam indissociáveis, facilitando o entendimento do todo, pelo acadêmico e como forma de transformação da realidade de cuidado atual.

Pela preocupação com essa necessidade de transformação e a partir das mudanças exigidas pelas DCN da Medicina, em 2001, uma Instituição de Ensino Superior (IES), em Curitiba, reformulou, em 2003, o seu Projeto Pedagógico. Esse, tem como diretrizes para a formação dos estudantes: os conceitos de medicina integral, a atuação multiprofissional, o foco comunitário de atuação e os princípios éticos. Traz, ainda, a necessidade de empatia com o paciente, a solidariedade e a humanização, como destaques no processo de formação do estudante.

Para cumprir os parâmetros do aprendizado, com foco nas necessidades da comunidade e no desenvolvimento de empatia e humanização, a IES citada incluiu a Saúde Coletiva como um dos eixos principais do currículo. Este, e os outros eixos - Ciências Básicas, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Atendimento às Emergências, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia - compõem a totalidade dos eixos do curso de medicina.

Nas disciplinas de Saúde Coletiva, do primeiro ao sexto anos, o estudante é exposto à teoria e à vivência, na prática, em ambientes que predispõem a este aprendizado. O estudante interage em Unidades de Estratégia de Saúde da Família, Unidades de Pronto Atendimento, Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Referência de Assistência Social, Hospitais, dentre outros, para se familiarizar aos atendimentos e relações na Atenção Primária e na Rede de Atenção, entendendo o sistema de referência e contra referência e definindo seu foco de atenção sempre no paciente.

Além disso, a IES mantém uma integração horizontal e vertical do currículo, a fim de não fragmentar o ensino e desenvolver o médico generalista proposto, integrar o ensino com outras áreas da saúde e trazer a noção do trabalho em equipe multiprofissional, adequado às necessidades das comunidades.

Essa Instituição de Ensino Superior (IES) também acredita na interação contínua e construtiva entre professor e estudante, no processo de ensino-

aprendizagem, valendo-se da aprendizagem significativa para alcançar o conhecimento necessário em cada nível. Portanto, o papel do professor é tido como fundamental para definir os objetivos a serem alcançados e trilhar, junto dos estudantes, o melhor caminho.

Por fim, para que essa mudança ocorra e realmente transforme, no futuro, o olhar e as práticas profissionais dos médicos, é necessário que todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem - a IES, a gestão local do sistema de saúde, os trabalhadores da saúde, os docentes e os estudantes - tenham compreensão do seu papel profissional nessa mudança cultural. Como realizar essa interação profissional e mudança de atitudes, com formação de profissionais mais atentos ao outro e ao seu entorno?

Ainda nessa linha de raciocínio, quais práticas metodológicas predispõem a esse aprendizado, focado nas necessidades da comunidade, com pensamento e atitudes generalistas, com respeito às práticas multiprofissionais e aos parâmetros éticos? Quais práticas metodológicas predispõem o desenvolvimento do sentido humanístico nos estudantes?

1.1 JUSTIFICATIVA

O estudo justifica-se pela oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre a inclusão de conteúdos de humanização na formação médica, com enfoque na área de saúde coletiva, bem como de contatar com docentes e discentes para desvelar, como essa habilidade é desenvolvida no curso de medicina da IES particular, quais as metodologias de ensino e aprendizagem são utilizadas e vivenciadas para compor o perfil profissional delineado nas DCN, com articulação à política de humanização e o Sistema Único de Saúde.

Ouvir as pessoas envolvidas, dar voz ao participante da pesquisa permite expressar suas percepções e assim constituir um corpo de conhecimento, que emerge da análise dos conteúdos dos discursos, para de forma real e vivencial construir a interpretação do tema “humanização na formação médica em saúde coletiva”.

Justifica-se pela lacuna a esta abordagem no ensino médico, uma vez que a literatura aborda a humanização de forma distanciada da articulação de saberes e fazeres de atuação do médico na área de saúde coletiva, bem como a abordagem de humanização nos processos de ensino e aprendizagem.

Ainda, justifica-se pela necessidade de trabalhar a humanização com os estudantes, pelo uso de estratégias de ensino e aprendizagem inovadoras, com vistas a melhorar a prática clínica e de interação com os pacientes, no futuro exercício profissional, mas também oferecer subsídios de mudança dos projetos pedagógicos de cursos de medicina, com inclusão do desenvolvimento de habilidades de humanização, em todo o desenho curricular.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Investigar as práticas de ensino e aprendizagem no desenvolvimento da humanização em saúde, no eixo de Saúde Coletiva do curso de Medicina, de uma universidade privada de Curitiba.

1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever as práticas de ensino e aprendizagem no desenvolvimento da humanização em saúde no eixo de Saúde Coletiva, do primeiro ao quinto ano do curso de medicina
- Apreender as impressões dos docentes e dos estudantes na aplicabilidade de práticas de ensino e aprendizagem de humanização em saúde;
- Comparar as experiências dos docentes e estudantes na aplicabilidade de práticas de ensino e aprendizagem de humanização em saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 MEDICINA E ENSINO MÉDICO

De acordo com Silva, Muhl e Moliani (2015, p. 299), “o ensino de saúde enfrenta o desafio de reformular seus objetivos e práticas, de maneira a responder às novas reivindicações que se afiguram do ponto de vista ético, humano e social”.

O ensino da medicina teve um desenvolvimento particular, durante os seus mais de 200 anos, desde a vinda das escolas médicas, com a corte portuguesa. A necessidade de cuidados com a população, aliados ao surgimento das doenças infectocontagiosas que atingiam drasticamente o país, ampliavam a quantidade de estudos e do desenvolvimento de tecnologias, que diminuíssem essa evolução ruim do cuidado com a saúde.

Até os anos de 1960, o médico possuía um conhecimento amplo da medicina, aliado a um interesse e dedicação intensos ao paciente; época, essa, em que o desenvolvimento tecnológico era escasso, mas os procedimentos propedêuticos, da anamnese e exame físico, exibiam uma eficiência própria, pautados por uma relação médico-paciente forte e respeitosa.

Na medicina, a irredutível dimensão (e extensão) do humano se impõe em sua prática na forma de captura do médico para dentro da vida das pessoas, como parte inerente do exercício de sua profissão e arte, ou mesmo à sua revelia. Entretanto, o modo de lidar com tal presença muda conforme valores culturais e direcionamentos sociais da profissão em diferentes épocas históricas (RIOS, 2016, p. 2).

Nesse período, o paciente experienciava um cuidado mais próximo, realizado por médicos que cuidavam de toda a sua família e que, baseados no conhecimento de seus hábitos, costumes, crenças e culturas, determinavam tratamentos e abordagens compatíveis com o ambiente real em que viviam. As práticas de cuidado respondiam às necessidades de saúde, que variavam conforme as diferentes formas de organização social (FEUERWERKER, 2016).

Ainda assim, apesar da intensa dedicação dos profissionais da saúde, nesse período, o desenvolvimento de novas doenças, trazia dificuldades diagnósticas e

terapêuticas que demandavam a modernização da Medicina e de sua forma de cuidar. (GOULART; CHIARI, 2010)

No entanto, entre 1940 e 1960, houve um importante crescimento tecnológico, de modo a auxiliar na resolução dessas dificuldades. Surgiu, então, o conceito do modelo biomédico e da medicina tecnicista, que fez crescer o incentivo às novas tecnologias e novas formas de realizar os diagnósticos (GOULART; CHIARI, 2010; CAMPOS, 2016).

“No mundo ocidental, o modelo biomédico é o referencial na medicina científica moderna e permeia o campo do saber médico, alicerçando as escolhas, as ações e as práticas médicas, bem como a formação médica” (CAMPOS, 2016, p.28).

Nessa realidade, o ensino médico se voltou para o tecnicismo e para as práticas hospitalocêntricas, em busca de uma formação mais voltada às especialidades, à tecnologia e à abordagem dos pacientes com foco nas doenças e em seu processo de cura. As Universidades associaram-se a inúmeros hospitais e ampliaram seu corpo docente, com uma grande quantidade de especialistas, que trouxeram esse conhecimento “moderno” e tecnológico, essas experiências hospitalares, no cuidado das doenças. (TURINI, 2008; RIOS, 2009b; BITTAR, 2011; MARTINS, 2015)

Em 1970, o cenário sofre nova mudança; o modelo biomédico utilizado até então, demonstrava suas fraquezas em oferecer não só o cuidado que o paciente necessitava, mas também, um apoio completo ao sofrimento que o adoecer trazia. O modelo voltou-se ao cuidado da doença em sua concepção biológica e se distanciou das outras concepções envolvidas no ser-humano.

Este modelo considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais (GOULART; CHIARI, 2010, p. 256).

Segundo Goulart e Chiari (2010), não há como desprezar a importante contribuição dos avanços tecnológicos para Medicina e para os cuidados oferecidos à saúde da população, com grande redução do número de doenças e mudança no padrão da carga das doenças mais prevalentes no Brasil (diminuição de doenças infectocontagiosas e crescimento de doenças crônicas); ainda assim, vivencia-se um

reducionismo das dimensões humana, psicológica e cultural e um prejuízo nos padrões de comunicação verbal e não-verbal entre profissionais de saúde e pacientes.

Esse reducionismo, experimentado na educação médica de forma intensa, trouxe prejuízo no cuidado ao paciente e incapacidade de interação com o sofrimento, por parte dos estudantes de medicina e após, pelos profissionais médicos que se tornaram.

Além disso, as mudanças nas práticas do cuidado foram percebidas, pelos pacientes, que criaram um olhar crítico e desanimador ao futuro da medicina e dúvidas em relação à capacidade dos profissionais em “cuidar”. Esses pensamentos, têm feito crescer a descrença no cuidado médico, o número de críticas às atuações profissionais, a busca por terapias alternativas e até o número de processos jurídicos contra a atuação dos profissionais médicos (TURINI et al., 2008; GOULART; CHIARI, 2010; RIOS; SCHRAIBER, 2012a).

Dentro desse cenário e expandindo para os níveis social, econômico, político, ambiental, dentre outros, que também demonstravam necessidade de mudanças e de mais atenção à população, em 1988 foi promulgada a Constituição Cidadã, que exigiu readequação dos níveis de cuidado geral à população, com enfoque em uma abordagem mais direcionada às suas necessidades (TURINI et al., 2008; GOULART; CHIARI, 2010).

A partir daí, novos temas entraram em debate e, na área da saúde, sob a influência da Nova Constituição e da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi promulgada, em 1990, a Lei 8.080, Lei Orgânica do SUS (Sistema Único de Saúde) e a Lei 8.142, com destaque para o surgimento dos conceitos de integralidade e igualdade de assistência, universalidade do acesso, obrigatoriedade de oferecimento dos serviços pelo Estado, autonomia dos pacientes e participação da comunidade, dentre outros (TURINI et al., 2008; GOULART; CHIARI, 2010; RIOS; SCHRAIBER, 2012a).

O ensino médico, então, passou por outra transformação e enfrentou a necessidade de incorporação de novas teorias, que colocavam a abordagem integral do ser humano como foco e que iam de encontro à medicina biologicista e tecnicista, praticada até então.

Segundo Feuerwerker (2002, p. 40), “A universidade e o mundo do trabalho têm que se abrir para o mundo da vida. [...] O mundo real, com sua complexidade, tem

que estar ativamente presente na construção das novas maneiras de trabalhar e produzir conhecimento.” Komatsu (2003, p. 31) comenta, também: “Discutir hoje os rumos da educação envolve discutir a mudança paradigmática, e a formação de uma sociedade da informação ou da era pós-industrial, em busca de um difícil equilíbrio entre regulação e emancipação social.”

Na década de 90 outras reflexões foram acrescentadas: não basta identificar o que mudar, seja no objeto da prática, nos meios de ensino, nas atividades, nas relações técnicas e sociais, ou mesmo na ordem institucional da escola médica. O que importa levar em conta em cada escola, serviço ou entidade é como mudar, isto é, quando, com quem, de que forma mudar, a partir de análises concretas de situações concretas (FEUERWEKER, 2002, p. IX).

Emergiram, com esse cenário, disciplinas conexas ao ensino da prática clínica, denominadas Humanidades Médicas, que vinham tomando forma desde 1960. Segundo Rios et al. (2010), as disciplinas de Humanidades Médicas têm objetivos educacionais com contribuições da filosofia, da ética, da psicologia, das artes, da educação e buscam seus fundamentos nas ciências humanas e sociais.

Ocorre a acentuação da participação de disciplinas formativas, como é o caso do grupo das humanidades, ressaltando a importância da superação da visão do doente e de seu corpo apenas como objeto de intervenção, inserindo o paciente, enquanto sujeito, numa relação dialógica com o futuro médico. O objetivo é ampliar a ação do médico para promotor da saúde e não apenas como agente de cura (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015, p. 301).

A necessidade crescente da articulação do ensino médico, com conhecimentos de base humanística, desenvolveu-se de forma distinta no Brasil e no mundo. No contexto mundial, o tema foi inserido a partir das Ciências do Comportamento, das artes, da filosofia, que se empenhavam em compreender a dimensão humana na Medicina. No Brasil, ele emerge em duas vertentes: **nas Humanidades Médicas e na Saúde Coletiva.**

Rios (2010) comenta que dentro das Humanidades, houve insistência de articulação da competência técnico-científica com conhecimentos sobre a “essência humana”. Na perspectiva da Saúde Coletiva, a partir da interação entre campo médico e Saúde Pública, houve enfoque na integração entre conhecimentos médicos, sanitários e o social.

Dessa forma, a necessidade de trabalhar a humanização dos estudantes, a fim de melhorar suas práticas clínicas de interação com o paciente, teve destaques cada vez maiores dentro do ensino médico, com a testagem de novas metodologias de ensino-aprendizagem.

Pode-se dizer que existe quase uma exigência social de que se mude o processo de formação para que se produzam médicos diferentes. Médicos com formação geral, capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar suas decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis, as medidas mais eficazes. [...] A pergunta é, como fazê-lo? (FEUERWERKER, 2002, p.17)

De acordo com essas percepções e críticas e após 20 anos de discussões em torno do tema, em 2001, o Ministério da Educação aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina (DCNs) e incorporou a formação humanística como destaque nas necessidades de ensino. Trouxe enfoque a necessidade de inserção da humanização, como tema indispensável, na formação médica (BRASIL, 2001; BITTAR, 2011; RIOS, 2010, 2012a, 2016).

Em 2014 as diretrizes foram revistas e contextualizaram com mais vigor a incorporação das práticas de Humanização em saúde nos cursos de medicina. Segundo Bursztyn (2015) a versão de 2014 definiu mudanças e ampliação do escopo das ações dos estudantes, quando define compromisso com a defesa da dignidade humana, da saúde integral do ser-humano e incorporando, em suas práticas, a determinação social do processo saúde-doença.

Além disso Bursztyn (2015) percebe que a estrutura das DCN-2014 chama a atenção para a prevalência significativa da Saúde Coletiva, nos textos.

As DCNs também inovaram quando definiram a Atenção Primária em Saúde como base para a formação do estudante, descentralizando o ensino hospitalocêntrico e especializado e dando real importância à incorporação da avaliação integral do paciente em seu ambiente de vida, na sua comunidade, a partir de equipes que trabalhem em prol das melhorias de índices de saúde, dentro das comunidades em que atuam. Manteve-se, assim, uma formação generalista voltada a resolver em torno de 80% dos problemas da população, sem necessidade de intervenções extremas ou maiores gastos públicos e voltada às necessidades do SUS e dos pacientes (BRASIL, 2014).

Ainda assim, Bursztyn (2015) relata que o texto das DCN-2014, ainda não define com segurança os parâmetros de como e onde treinar o estudante de medicina, sendo bastante inespecífico nessa questão. O autor comenta que o caráter de lei traz obrigação de cumprimento pelas escolas médicas e que o desafio é desenvolver formas de fornecer um ensino em Saúde Coletiva, atraente aos estudantes e que produza sentido a eles.

Desde então, um grande número de cursos de medicina modificou seus Projetos Pedagógicos para se adequar às realidades observadas, dando destaque à formação humanizada e ao olhar integral do estudante, definindo metodologias diferenciadas para alcançar esses objetivos e capacitando seus docentes para essa nova abordagem. (FEUERWERKER, 2002a; KOMATSU, 2003; TURINI et al., 2008)

Segundo Turini et al. (2008), é sabido que não entramos na faculdade prontos para exibir um julgamento moral, empatia e capacidade de se comunicar com o paciente, mas que ao longo da formação, podemos desenvolver tais habilidades, se o projeto Pedagógico dos cursos de medicina, tiverem esse propósito.

Apesar dos esforços comentados, em quase 30 anos de discussão, desde a promulgação da Nova Constituição, e, 2001, desde a formulação das DCN's, as certezas ainda são poucas. O ensino das Humanidades sofre muita resistência, por parte de estudantes, docentes e gestores, que ainda vivenciam uma medicina voltada à tecnologia, à superespecialização e ao ambiente hospitalar (FEUERWERKER, 2002a; TURINI et al., 2008; RIOS et al., 2010).

Pouco se tem conseguido, no entanto, em termos de resultados efetivos nas tentativas de mudança. [...] Aparentemente as forças conservadoras tiveram maior poder e capacidade de (des)articulação que as que buscavam impulsionar as transformações: muito difícil mudar estruturas tão rígidas, romper os acordos baseados no corporativismo, mobilizar professores mais ocupados com as atividades de investigação ou com sua prática profissional. (FEUERWERKER, 2002a, p. 16).

Pela presença dessas incertezas, em relação ao ensino da Humanização, as disciplinas de Humanidades Médicas apresentam muitas deficiências metodológicas, conceituais, organizacionais; foram incorporadas sem a devida interação com outras disciplinas, não apresentando a correlação necessária com o curso e os docentes; e foram estruturadas sem uma intercessão de disciplinas que poderiam trabalhar o tema de forma mais completa (RIOS et al., 2010; 2016).

a formação humanística não se basta nas disciplinas da área de humanas, mas requer a atuação de todas as demais do currículo médico, pois se trata do desenvolvimento de comportamentos que, como mostra a literatura, se dá pela observação de modelos. Todos os que atuam na formação do estudante são potenciais modelos de conduta, e o compromisso com tal formação deve ser necessariamente institucional (RIOS, 2016, p. 7).

As humanidades médicas, segundo Kottow (2014), tiveram sua posição redefinida, como essenciais na educação e na prática da medicina, mas continuam experimentando uma posição fraca no curriculum médico; são consideradas disciplinas “brandas”, em comparação com o currículo original e biomédico e suas disciplinas “duras” que, com seu caráter cientificista baseado na evidência, acabam marginalizando as disciplinas de humanidades.

Segundo Silva, Muhl e Moliani (2015), de nada adianta ter o tema humanização adicionado nas ementas dos Projetos Pedagógicos das universidades, porque essa simples inclusão não traz uma mudança repentina nos comportamentos aprendidos até então, que dependem principalmente dos professores em sala de aula. Esses professores muitas vezes foram formados com práticas antigas, biologicistas, não possuem conhecimento, nem bagagem teórica adequada para a formação de estudantes dentro do tema e, muitas vezes, nem acreditam na necessidade dessa abordagem, dentro da universidade.

Uma prática de saúde de caráter mais social e humanizado é possível sem abandonar os avanços tecnológicos, porém é necessária uma profunda reflexão sobre o caráter dos profissionais que estão sendo formados, o que passa por necessidades de mudanças não apenas nas estruturas curriculares dos cursos médicos, mas também na formação dos professores-médicos que precisam estar preparados para repassar esses conteúdos em sala de aula (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015, p. 308).

Para Komatsu (2003), as mudanças são necessárias, reais e têm evoluído, nesse período de 30 anos, desde o início prático das discussões e mudanças em torno do ensino médico, mas ainda são insuficientes. O autor comenta que além da decisão política de mudar, cada IES tem que planejar adequadamente seu Projeto Político Pedagógico, com foco em como interferir adequadamente no processo de ensino e aprendizagem, aliando atividades de Promoção em Saúde, dentro e fora da instituição, a partir de parcerias com os serviços de saúde locais.

Portanto, não se sabe ao certo o momento mais adequado para formar estudantes capazes de oferecer um atendimento voltado à nova concepção de cuidado, completo, humanizado e que vá de encontro a cultura médica atual. Todas as disciplinas teriam capacidade e obrigação de incluir em suas ementas o tema humanização e o desenvolvimento dessas habilidades no estudante, seja pela observação e contato com modelos ativos (professores e profissionais médicos) que possuam essas habilidades, seja pelo uso de metodologias adequadas a tal propósito.

2.2 SAÚDE COLETIVA

Após descrever o processo de desenvolvimento da Medicina e do ensino médico, em relação às práticas e discussões em torno da humanização, decorrentes da crítica ao modelo biológico abordado, traz-se a Saúde Coletiva, no seu caminho histórico e segundo suas concepções, para auxiliar na formação do raciocínio exposto, até então.

Refazendo uma análise histórica, Osório e Scharaiber (2015) descrevem o início da “crise da medicina”, extremamente especializada e fragmentada e alheia às especificidades inerentes ao humano, em 1940, nos Estados Unidos. Nesse período, surgiram propostas de mudanças no ensino e nas práticas médicas, voltadas à ideia da prevenção. Nos anos de 1950, baseados nessas definições, os cursos de medicina de várias faculdades incorporaram a doutrina, que teve a denominação de Medicina Preventiva. Ao mesmo tempo, o “projeto preventivista” chegava na América Latina.

A partir daí, houve a inclusão do tema nas escolas médicas, como disciplina, originada a partir de um movimento social denominado Medicina Integral, que tinha o objetivo de abordar o cuidado ao paciente como “um todo”.

Na década de 60, nos Estados Unidos, em um período de intensa mobilização popular e intelectual em torno das questões sociais, Osório e Schraiber (2015) relatam o aparecimento da Medicina Comunitária. Essa vertente, também teve sua participação na América Latina, como resposta da classe social mais baixa ao difícil acesso aos cuidados de saúde que vivenciavam.

Conforme Nunes (1994), Paim (2008), Osmo e Schraiber (2015), esse movimento da Medicina Social apareceu, na América Latina, no final da década de 60 e início da década de 70, com discussões em torno da valorização do social na determinação dos processos de adoecimento e de cuidado à saúde, na prevenção de doenças, na promoção da saúde e nas intervenções de cuidado, trazendo um olhar diferenciado da prática biomédica.

O conceito de Saúde Coletiva, advindo dessas correntes internacionais, não se desenvolveu no resto do mundo, que manteve as estratégias da Medicina Preventiva e Comunitária como foco (PAIM, 2008; OSMO e SCHRAIBER, 2015).

No Brasil, os conceitos de Medicina Comunitária e Medicina Preventiva, surgiram em momentos semelhantes e tiveram seus históricos incorporados no desenvolvimento da Saúde Coletiva, definido em 3 momentos importantes, segundo Nunes (1994): a fase pré-Saúde Coletiva, nos primeiros 15 anos, como “projeto preventivista”; a fase da Medicina Social, até próximo da década de 70; e, a partir de 1970 até os dias atuais, a estruturação da Saúde Coletiva.

um importante aporte dessa periodização está em evidenciar o preventivismo e a medicina social como abordagens do processo saúde-doença em coletivos que podem ser reconhecidas como as raízes da proposta de Saúde Coletiva elaborada no Brasil e que tiveram influência na implantação institucional do campo (OSMO e SCHRAIBER, 2015, p. 208).

Após esse período de evolução da Medicina Social, em meados de 1970, o grande ganho foi a inclusão de novas disciplinas na graduação médica, voltadas às críticas da biologização e da medicina hospitalar e na defesa do conceito da integralidade das abordagens; são exemplos delas: epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde, bioestatística.

A Medicina Social aparece, pois, com duas tendências; a primeira [...] movimento de modificação da medicina ligado à própria mudança de sociedade, ou [...] através de sua mudança institucional [...]; a segunda é uma tentativa de redefinir a posição e o lugar dos objetos dentro da medicina, de fazer demarcações conceituais, colocar em questão quadros teóricos, enfim, trata-se de um movimento ao nível da produção de conhecimentos que, reformulando as indagações básicas que possibilitaram a emergência da Medicina Preventiva, tenta definir um objeto de estudo nas relações entre o biológico e o psicossocial. A Medicina Social, elegendo como campo de investigação estas relações, tenta estabelecer uma ciência que se situa nos limites das ciências atuais (AROUCA, 2003, p. 150).

Em suas considerações, Arouca (2003) aponta duas dimensões para a Medicina Social: a formulação de propostas de intervenção da medicina baseadas na conexão saúde-sociedade, e a proposta de desenvolver pesquisa dessa conexão saúde-sociedade, dentro da prática médica e dos serviços.

Deve-se observar que o desenvolvimento desses movimentos sociais, na área da saúde, aconteceu em uma época marcada pelos movimentos de democratização no Brasil, em um contexto histórico de regime autoritário e de poucos, ou nenhum direito destinado à população.

Nesse período, Paim e Almeida Filho (1998) retomam a influência mútua entre o desenvolvimento da Saúde Coletiva e da Reforma Sanitária. Relembrem que o braço teórico da reforma advém dos departamentos de Medicina Preventiva e Social e das escolas de saúde pública, com dois conceitos importantes: a determinação social das doenças e o processo de trabalho em saúde.

Havia, na década de 1970, bastante influência do movimento preventivista, que trazia as ideias da Medicina Integral. Porém, na medida em que as críticas das propostas de Medicina Preventiva e de Medicina Comunitária eram elaboradas, no Brasil e em outros países latino-americanos, parte dessas instituições acadêmicas passou a se inspirar na Medicina Social desenvolvida na Europa em meados do século XIX (PAIM, 2008, p. 164).

Ainda deve ser lembrado um importante marco da Reforma Sanitária brasileira e do crescimento desses ideais sociais na saúde: a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que teve participação popular e de profissionais da saúde de forma ampliada (FEUERWERKER, 2002a; TURINI, 2008).

Define-se, a partir do exposto, a importância do campo da Saúde Coletiva como definidor de mudanças em relação aos cuidados de saúde oferecidos à população e às mudanças ideológicas advindas do período.

A Saúde Coletiva é uma invenção brasileira que reuniu um conjunto de correntes de pensamento, de concepções e campos de conhecimentos, visando incentivar a produção de conhecimento, a formação de profissionais de saúde, produzir novos modelos e políticas comprometidas com as condições de vida da população, com o direito à saúde, com a extensão e o aperfeiçoamento do SUS, uma vez implantado (HORTALE et al., 2010, p. 57).

O campo da Saúde Coletiva mostra-se reformador, segundo Paim (2008), Schraiber (2008) e Osório e Schraiber (2015), ao criticar a definição das necessidades

de saúde do modelo vigente, segundo seu modelo assistencial biomédico e à “alienação da face tecnocientífica do campo”.

Com esse quadro definido, Paim (1998, p. 164) propõe compreender a Saúde Coletiva como campo em que “se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos” e como práticas, em que “se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como ‘setor saúde”.

Segundo Osório e Schraiber (2015), “tanto Paim (1998), quanto Nunes (1994), identificam na Saúde Coletiva três grupos disciplinares: a epidemiologia; as ciências sociais em saúde; e a política, planejamento e administração em saúde.”

2.3 METODOLOGIAS DE ENSINO DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

A revisão de literatura realizada, permitiu identificar a importância de discutir o tema ensino de humanização em saúde, para a construção de práticas pedagógicas adequadas à formação de profissionais com olhar integral ao paciente, com atitudes coerentes ao processo de adoecer e com perfil ético adequado ao atendimento e envolvimento do paciente em seu cuidado.

O tema Humanização está presente na educação médica há quase 60 anos, ainda assim, é necessário revisar e repensar as práticas metodológicas que estão sendo utilizadas já que, conforme discutido anteriormente, as práticas profissionais atuais não são, na sua maioria, condizentes com a imagem e atuação que se espera do profissional médico (KOMATSU, 2003; FEUERWERKER, 2002b; KOTTOW, 2014; RIOS, 2016).

Desde meados de 1960, a humanização é trabalhada em disciplinas que se denominam Humanidades Médicas, com influência da filosofia, ética, psicologia, arte e com fundamentos nas ciências humanas e sociais. De forma particular no Brasil, como comentado anteriormente, o tema adquiriu uma dimensão importante no campo da Saúde Coletiva (AYRES et al., 2013; RIOS, 2016).

As Humanidades Médicas aparecem nos currículos como ferramentas para a prática e como formação mais global, na qual se engendra a identidade profissional, ainda que a formação humanística do estudante envolva, adicionalmente, a articulação dos temas dessa área com vários outros cenários da aprendizagem. Considera-se que durante a graduação essa formação deva decorrer do trabalho conjunto entre as diversas disciplinas específicas de Humanidades, da discussão de temas humanísticos nas disciplinas clínicas e da experiência cotidiana de cultura institucional que dissemine valores humanistas (AYRES et al., 2013, p. 456).

Em todo esse período, houve algumas metodologias utilizadas para trabalhar o tema, que envolviam principalmente leitura de textos, discussões em aula e exposições teóricas. Com a transformação do mundo, a mudança do perfil dos estudantes, a intensa participação da tecnologia na vida das pessoas, surgiram novas exigências de práticas metodológicas, mais ativas, adaptadas a esse contexto que vêm tentando modificar o modelo de ensino atual. (FEUERWERKER, 2002a; TURINI, 2008; RIOS, 2012a, 2016; SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015)

As constantes críticas à ineficiência do modelo de ensino médico apontam saídas em modelos pedagógicos centrados na humanização do curso, através de uma maior interação do estudante com o paciente e sua realidade a fim de vir a facilitar a relação médico-paciente e conseqüentemente o processo diagnóstico-terapêutico (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015, p. 300).

Essa evolução pode ser observada nas práticas de ensino, durante os quase 60 anos citados; segundo Ayres et al. (2013), as disciplinas que trabalhavam o tema Humanização, até meados de 1980, eram disciplinas optativas ou projetos de extensão e que, após demonstrada sua necessidade e importância, foram aos poucos incorporadas aos currículos médicos obrigatórios, principalmente trabalhando temas como ética e habilidades comunicacionais.

Cita-se uma das universidades do país, com importante qualificação no âmbito educacional nacional, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, que incorporou disciplinas de Humanidades Médicas a partir de 1998, em seu currículo obrigatório.

Dentre as disciplinas que trabalham o tema, Ayres et al. (2013) citam a disciplina introdutória denominada Medicina e Humanidades, ministrada aos estudantes de primeiro ano, do curso de medicina da FMUSP. No Plano de Ensino da disciplina são apresentadas as metodologias de ensino utilizadas: aulas teórico-expositivas são aliadas a metodologias ativas de ensino, com recursos audiovisuais,

problematização com discussão de casos clínicos e artigos em pequenos grupos, discussão de documentos históricos e histórias de vida e dramatizações do encontro clínico.

Fundamental para o aprimoramento da disciplina buscam-se avaliações ancoradas em diversas metodologias, propiciando múltiplos olhares e discursos e dando voz aos diferentes sujeitos envolvidos. Os estudantes são avaliados quanto a: grau de apreensão dos conceitos-chave; capacidade de elaboração crítica e aplicação prática dos conteúdos trabalhados; e desenvolvimento de atitudes de compromisso individual e engajamento coletivo (AYRES et al., 2013, p. 457).

No planejamento das avaliações, da disciplina citada acima, constam elaboração de um pôster com imagem e texto sobre “cuidado”, um trabalho dissertativo sobre casos clínicos vistos na disciplina e entrevistas vistas em diferentes contextos de assistência. (RIOS et al., 2012a)

No currículo da FMUSP, segundo comenta Rios et al. (2012a, p.309), “todas as disciplinas têm pontos de contato com a área de humanidades. São chamadas de Disciplinas de Humanidades Médicas aquelas cujos conteúdos estão diretamente ligados às áreas humanas no âmbito da Medicina – Filosofia, Ética, Psicologia, Antropologia, Artes, Sociologia, História, Política.”

Ainda segundo a autora, no currículo nuclear da graduação em medicina da FMUSP, as disciplinas que trabalham especificamente temas humanísticos do primeiro ao quinto ano, desde 2005, são: Bases Humanísticas da Medicina I e II; Psicologia Médica; Cidadania e Medicina; Bioética e Bioética clínica. A metodologia de ensino utilizada é a discussão em pequenos grupos.

As disciplinas de humanidades têm uma importante missão a cumprir: promover a inclusão curricular de temas essenciais para a prática médica humanizada de maneira que faça sentido para o estudante, envolvendo os professores numa verdadeira mudança de cultura educacional. (RIOS et al. 2008, p. 120).

Outra universidade citada é a Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP-FMB), que, segundo Martins (2015), iniciou, em 2002, as mudanças metodológicas no seu currículo, para reorientar a formação dos profissionais de saúde.

A disciplina, Interação Universidade-Serviço-Comunidade, adota como estratégia de ensino-aprendizagem a vivência de estudantes dos três primeiros anos,

na Atenção Primária à Saúde, utilizando-se de três estratégias pedagógicas: atendimento supervisionado de pacientes, agendamento de retornos frequentes e utilização de roteiro de anamnese ampliada. As estratégias visam a ampliação do olhar no atendimento clínico e são orientadas pelos princípios da humanização e integralidade do cuidado.

Pode-se analisar, nesse contexto, a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde, que iniciou em 2004 as atividades do Laboratório de Humanidades. Segundo Bittar (2011), o projeto de extensão, no Laboratório de Humanidades, surgiu como exigência dos próprios estudantes de medicina, para aprofundar seus conhecimentos e práticas em torno da Humanização em Saúde. Com a evolução do trabalho, de curso de extensão se tornou disciplina optativa do curso de medicina.

A atividade é semelhante a um grupo de discussão de literatura, [...] mas diferente por algumas características próprias: sua localização em um campus universitário da área das ciências da saúde, em um ambiente onde as humanidades costumam ser relegadas a um segundo plano; [...] a forma como o grupo é conduzido, além da seleção das leituras, clássicos da literatura, livros que tocam fundo em questões essenciais do ser humano, com discussões que tomam um rumo em busca de compreensão do outro e um embate de ideias sempre de forma respeitosa. [...] Permite a troca de experiências e contribui para o desenvolvimento de seus participantes. (BITTAR, 2011, p. 15).

Outro bom exemplo de IES que modificou seu processo de ensino e aprendizagem e sua organização curricular foi a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Feuerwerker (2002b), relata que a nova proposta para o Curso de medicina na Universidade, foi elaborada com a participação de estudantes e professores dos quatro centros que participam da formação médica, em busca de excelência técnica e relevância social e na modificação a fim de superar os problemas encontrados nas avaliações anteriores.

Dentre os problemas citados pela autora estavam: fragmentação do ensino, com dissociação de conhecimentos básicos e clínicos e um número excessivo de disciplinas; enfoque biológico; ensino especializado com a mesma importância do ensino generalista; má utilização de cargas horárias; ensino focado na transmissão de conhecimentos vertical, tradicional; avaliação de aprendizagem baseada na memorização; atividades excessivamente teóricas, mesmo em níveis mais avançados do curso; e práticas sem contato com a comunidade, ou serviços primários de saúde.

A nova proposta do Curso de medicina da UEL, ainda segundo Feuerwerker (2002b), abrange a adequação do currículo médico, a fim de formar um profissional capaz de lidar com as situações gerais de saúde da comunidade, aprimoramento da relação médico-paciente, a integração do curso básico com clínico, a valorização da visão bioética e estímulo a compreensão do paciente como um ser biopsicossocial, o desenvolvimento de práticas multiprofissionais de ensino, dentro outras.

Para cumprimento das propostas citadas, o curso teve suas diretrizes voltadas ao ensino baseado na pedagogia da interação, centrado nas necessidades dos estudantes, com currículo integrado, participação ativa dos estudantes em ações nas comunidades, convivendo com as realidades de saúde da população, uso de Metodologias ativas de ensino e aprendizagem, com foco na Aprendizagem Baseada em Problemas e avaliação formativa ao longo dos seis anos de curso. (FEUERWERKER, 2002a)

Como mais um exemplo, a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), em 1997, impulsionada pela necessidade de mudança nos cursos de medicina e formação de médicos mais voltados à sociedade, iniciou uma transformação com o objetivo de um currículo diferenciado, flexível, baseado na exploração de problemas, centrado no estudante e com atividades práticas voltadas à comunidade. (KOMATSU, 2003)

Komatsu (2003) descreve que para mudança eficiente da grade curricular, é preciso continuidade, sistematização e organização, além de objetivos bem definidos, seguindo uma construção processual. Na FAMEMA, as novas Unidades de Ensino, baseadas na Aprendizagem em Problemas, foram instauradas processualmente, ano a ano, com avaliações da efetividade das metodologias de ensino e aprendizagem aos estudantes. Segundo Komatsu (2003, p. 116), “[...] as unidades educacionais são fruto de uma atuação interdisciplinar onde 10 a 15 docentes em média, oriundos de diversas disciplinas e com distintas formações, desenvolvem um trabalho de construção dos objetivos da unidade, dos problemas educacionais, da organização dos recursos de aprendizagem e das atividades práticas pré-programadas.”

O autor afirma que a modificação curricular realizada resultou em uma aprendizagem mais significativa aos estudantes, com olhar mais integral, orientada por uma abordagem integrada de cada situação-problema. (KOMATSU, 2003).

Assim, é notório que a inclusão do tema Humanização em Saúde, nos cursos de medicina, tem sido praticada pelas escolas médicas de forma ampliada e seguindo diferentes metodologias; além disso, a reestruturação curricular de variados cursos, no país, demonstra o quanto a transformação do ensino médico se faz necessária. No entanto, Feuerwerker e Sena (2002), Turini et al. (2008), Rios (2012a), Ayres et al. (2013), Osório e Schraiber (2015), demonstram a inconsistência das disciplinas que trabalham o tema, a não aceitação dos estudantes em trabalhar com temas que se afastam da prática biomédica e, pelo mesmo motivo, a não aceitação de professores, que viveram uma vida profissional de práticas centradas na doença, hospitalização e com distanciamento do “sofrer” do paciente.

Apesar da importância reconhecida, a ignorância e o obscurantismo frente aos temas das ciências humanas estão presentes na escola médica. Observa-se que muitos estudantes e professores não consideram os aspectos humanísticos da prática médica como parte integrante do aprendizado da Medicina [...] Mudar essa cultura institucional requer o aprofundamento de conhecimentos na área e sua integração nas diversas disciplinas, além da criação de novas metodologias e estratégias de ensino, e o desenvolvimento de professores (RIOS et al., 2008, p. 2).

Pode-se dizer que existe quase uma exigência social de que se mude o processo de formação para que se produzam médicos diferentes. [...] Como fazê-lo é a pergunta [...], que se colocam professores e estudantes das escolas médicas de todo o país, que se coloca o Ministério da Saúde diante da necessidade de incentivar a formação de profissionais adequados (FEUERWERKER, 2002a, p. 17).

Visto isso, fica claro que não existem respostas certas de como acessar uma transformação eficaz nas escolas médicas, que se volte para o humano, para a necessidade dos pacientes, para a eficiência dos serviços de saúde, para a organização do cuidado. As mudanças continuam, em busca de resultados para a inserção da humanização no ensino e na saúde.

2.4 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com as contextualizações anteriores, citou-se a necessidade de desenvolver práticas profissionais voltadas ao ser humano como um todo, envolvendo-o em todas as suas características. Sendo assim, discute-se o tema

Humanização em Saúde, como referencial dessa dissertação, pela sua complexidade e abrangência na formação de profissionais médicos.

Propondo algumas definições, a Humanização em Saúde traz, em sua essência, essa necessidade de um olhar integral à pessoa; a não-dicotomização entre corpo e espírito; uma mistura de saberes integrados dentro do currículo médico que abordem as ciências sociais e humanas aliadas às tecnológicas. (CAMPOS, 2000; FEUERWERKER; SENA, 2002b; TURINI, 2008; RIOS, 2010a; AYRES et al., 2013)

A produção das ciências sociais se faz no sentido da compreensão e interpretação dos fenômenos da vida, do adoecimento e da morte humanas em sua relação com a cultura, com a sociedade, com os outros (seres humanos): com o outro, em última instância (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015, p. 302).

Nesse campo, as Humanidades Médicas surgem como disciplinas voltadas à essa interrelação de saberes; um campo de conhecimento em que convergem as ciências humanas e sociais e as Humanidades relativas à condição das pessoas, em seu processo de saúde, adoecimento e cuidado ofertado; um campo que pretende desenvolver a compreensão das realidades e a transformação de práticas médicas.

as Humanidades Médicas pensadas nesse escopo mais amplo constituem uma área de reflexão e prática que pretende explorar como o ser humano lida com a experiência de saúde, doença, sofrimento e de sua recuperação ou prevenção, com propósitos de minimizar as iniquidades assistenciais tanto do ponto de vista da relação médico-paciente, quanto daquele da produção social da assistência médica e sanitária de modo mais amplo (RIOS; SCHRAIBER, 2012a, p. 12).

Apesar disso, Turini et al. (2008) e Silva, Muhl e Moliani (2015) relatam que não se defende uma hierarquia do campo social sobre o científico, mas sim sua aliança. Trazem como exemplo a relação médico-paciente, em que o campo de saber científico se alia à cultura vivenciada pelo paciente e suas particularidades e as experiências pessoais do profissional médico. Eles demonstram que essa relação médico-paciente deve ser estimulada, dentro do ensino, por meio de observações, ações sociais, dentre outras técnicas.

O profissional humanizado é aquele que conhece a realidade do local onde está trabalhando, que escuta e mantém um diálogo entre iguais com seus pacientes, orientando-os e traçando conjuntamente as melhores estratégias para a solução de uma determinada enfermidade ou buscando soluções para

contornar os problemas que possam surgir com o tratamento (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015, p. 303).

Segundo Rios (2016), as discussões, em torno do tema humanização, em âmbito mundial, têm início, nos Estados Unidos, em 1940-1950, com o surgimento da citada Medicina Integral, que desenvolvia uma crítica importante à forma como a Medicina se desenvolvia, voltada ao tecnicismo e trazia atenção a uma abordagem biopsicossocial, voltada ao “todo do paciente”, que enfatizava uma atenção à saúde que enxergava além da doença, a subjetividade do ser.

Na Europa, no século XIX, discussões, relacionadas ao tema Humanização, também se faziam presentes. Rios (2016), demonstra o histórico da época: nas universidades europeias o tema “humanidades” era definido por um aglutinado de saberes e disciplinas que estariam fora do conjunto das ciências, mas relacionados à intuição e tradição da razão e da experiência empírica da medicina moderna. Não se configuravam em um conjunto de saberes, mas em tópicos de “cultura geral”, porque estavam separadas das ciências humanas e das ciências sociais.

As humanidades eram vistas, até 1960, como uma parte da cultura, do entretenimento, de diversão e não se configuravam como teorias confiáveis, um saber científico. Nesse período, em âmbito mundial, movimentos surgiram na defesa do tema; nos EUA, um movimento acadêmico denominado *National Foundation on the Arts and the Humanities* defendia as Humanidades como necessárias ao desenvolvimento da sociedade e sua inclusão no trabalho de educação das universidades.

No campo da medicina, nos Estados Unidos, desde 1950, os temas humanísticos já eram incluídos nos currículos de graduação, dentro da Medicina Preventiva. Após 1960, foram incorporados a outros temas: artes, filosofia, teologia, linguística e história e constituíram um grupo de disciplinas denominado Humanidades Médicas. Essas disciplinas, dentro do currículo médico, segundo Rios (2016, p.25) “teriam o papel de desenvolver capacidade crítica e reflexiva; sensibilidade e recursos para compreender as pessoas e aspectos do viver para além das ciências naturais e das ciências humanas e sociais.”

Podemos citar, ainda, o Canadá, como participante importante do processo de inclusão do tema Humanidades Médicas, nos currículos universitários. Em 1960, foi desenvolvida, no país, a metodologia da Medicina Centrada no Paciente, que

promove, dentro da clínica médica, uma abordagem diferenciada, ampliando a compreensão do paciente e de seu processo de adoecimento, contrapondo, segundo Rios (2016), o poder médico e a autonomia do paciente, a abordagem da doença e do doente.

Stewart et al. (2017), foram idealizadores do método, denominado Método Clínico centrado na Pessoa, que leva em consideração principalmente o ponto de vista psíquico, das ideias, experimentações, emoções do paciente e o trabalho da relação médico-paciente como estabelecadora de laços confiáveis e estáveis na abordagem do cuidado com a sua saúde.

Já no Brasil, as discussões, como comentadas anteriormente, se iniciaram em 1970, com o colapso do modelo biologicista e tecnicista de atendimento. Desde aquela época, ocorreram três mudanças importantes dentro do tema Humanização em Saúde: a promulgação da Nova Constituição e a criação do Sistema Único de Saúde, de 1988 a 1990; as mudanças das Diretrizes Curriculares Nacionais, em 2001 e 2014; e a criação da Política Nacional de Humanização com o programa Humaniza SUS, em 2003 (CAMPOS, 2000; TURINI et al., 2008; GOULAR; CHIARI, 2010; GOMES, 2011; STREIT et al., 2012; RIOS, 2016).

O Sistema Único de Saúde trouxe definições até então desconhecidas, na medicina, como a integralidade do cuidado, universalidade de atenção, descentralização e hierarquização dos serviços, acessibilidade à toda população, dentre outras. Os princípios e diretrizes do SUS trouxeram uma obrigatoriedade de voltar o olhar dos serviços à população e com isso, uma maior percepção do todo que os envolve: cultural, psíquico, ambiental, relacional.

A humanização como estratégia de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da saúde, vai ao encontro dos princípios do SUS, ao enfatizar a necessidade de se assegurar atenção integral à população, bem como estratégias que ampliem a condição de direitos e de cidadania dos indivíduos. A humanização depende ainda de modificações no modo de pensar e agir das pessoas, na ênfase aos valores atrelados à defesa da vida, a fim de tornar criativo e prazeroso o modo de fazer o trabalho (COTTA et al., 2013, p. 172).

A criação da “Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde” (PNH), em 2003, deu continuidade à discussão do tema Humanização em Saúde, dentro da saúde pública. A partir das demandas advindas da população, dos profissionais de saúde e dos gestores, fazia-se necessária uma

política pública, transversal na rede, que englobasse definições de gestão e cuidado pautados na humanização e que proporcionasse treinamento dos profissionais dentro do tema (BRASIL, 2010).

A PNH trouxe como princípios prioritários, segundo promulgação do Ministério da Saúde (2010): construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos; valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, orientação sexual e às populações específicas (BRASIL, 2010).

As Diretrizes Curriculares Nacionais, para os cursos de medicina, têm o objetivo de orientar o ensino para a formação de médicos. Em 2001 e 2014, esses rumos foram definidos nas competências técnica e humanística, incluindo conteúdos relativos à bioética, à comunicação, a administração e lideranças, ambientais, culturais, de determinantes sociais, psicológicos, éticos e legais, em nível individual e coletivo do processo saúde-doença, para alcançar níveis de cuidado, ao paciente, mais integrais e individualizados, por parte dos estudantes em formação. As novas diretrizes também definiram o uso de metodologias ativas de ensino e aprendizagem que propiciem a integração desses temas. (FEUERWERKER, 2002b; TURINI et al., 2008; GOMES et al., 2011; RIOS, 2012b; BITTAR, 2013; SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015)

As diretrizes de 2014 reforçam o que já estava dito nas diretrizes de 2001, trazendo como elemento novo a explícita referência à humanização na formação médica. Entretanto, mais de dez anos passados, na maioria das escolas médicas não se observa eficiente integração técnico-humano, no máximo algum esforço para a constituição de um “eixo humanístico” no ensino ou a inclusão de disciplinas de humanidades no currículo obrigatório dos cursos – ambas as iniciativas, infelizmente, sem muito impacto na formação em medicina (RIOS, 2016, p. 6).

Percebe-se, de acordo com os eventos citados, que o tema humanização em Saúde vem experimentando um crescimento constante e motivando a readaptação do

sistema e do ato de cuidar dos profissionais de saúde e gestores, voltados às necessidades da população. Por esse motivo e a necessidade de mudanças de atitudes profissionais, citadas anteriormente, o tema representa o referencial teórico do estudo.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo utiliza a abordagem qualitativa, como forma de analisar as particularidades do objeto de estudo: IES (Instituição de Ensino Superior), docentes e discentes, segundo suas características estruturais e comportamentais; analisa suas interrelações dentro do tema ensino da humanização. O método utilizado é a pesquisa-participante, que busca envolver, no problema, o pesquisador e o pesquisado.

A pesquisa qualitativa é muito utilizada nas ciências humanas e tem sido cada vez mais utilizada na área da saúde, por permitir o estudo dos significados, intenções e representações de fenômenos em grupo.

Neves e Zagonel (2006) afirmam que a área de saúde utiliza cada vez mais as pesquisas qualitativas em seus estudos e que na área médica, o número de congressos e revistas que aceitam publicações de trabalhos qualitativos está cada vez maior.

Encontra-se no campo das práticas científicas, pois se trata de um modo particular de produção de conhecimento que, nesse caso, responde à necessidade de compreender em profundidade certos comportamentos e estruturas sociais. (RIOS, 2010).

A mudança social acelerada e a conseqüente diversificação das esferas de vida fazem com que os pesquisadores sociais se defrontem cada vez mais, com novos contextos e perspectivas sociais; situações tão novas para eles que suas metodologias tradicionais fracassam na diferenciação de objetos. Conseqüentemente, a pesquisa é, cada vez mais, obrigada a utilizar estratégias indutivas: em vez de partir de teorias para testá-las, são necessários “conceitos sensibilizantes” para a abordagem de contextos sociais a serem estudados. (FLICK, 2004, p. 18).

A pesquisa qualitativa é um campo complexo, que sofre influência de várias escolas de pensamentos; é um processo de interação entre o pesquisador e seu objeto de estudo. Baseia-se na coleta do pensamento das pessoas e suas interações e na análise, segundo teorias estabelecidas e dos resultados que pretende encontrar.

Apesar da imagem de subjetividade, o pesquisador não pode se abster do rigor do procedimento de pesquisa para que alcance respostas válidas e fiéis à pergunta de estudo.

os aspectos essenciais da pesquisa qualitativa consistem na escolha correta de métodos e teorias oportunos, no reconhecimento e na análise de diferentes perspectivas, nas reflexões dos pesquisadores a respeito de sua pesquisa como parte do processo de produção de conhecimento e na variedade de abordagem de métodos” (FLICK, 2004, p. 20).

Neves e Zagonel (2006) afirmam que mesmo dentre inúmeros métodos de pesquisa utilizados, a subjetividade das experiências necessita maior atenção, para alcançar uma melhor compreensão das experiências do ser-humano, uma análise aprofundada de questões que envolvem além do olhar objetivo do pesquisador.

Segundo Flick (2004) as pesquisas qualitativas partem da análise dos significados subjetivos que as pessoas dão às suas atividades e modos de vida, às suas significações pessoais.

Nos avanços da ciência e da pesquisa, a Saúde Coletiva tem crescido no país, nos últimos 20 anos, com base na lógica do campo científico e nos debates e mecanismos sociais envolvidos, segundo Hortale et al. (2010) desenvolve-se a partir de interesses políticos e questões sociais, que demonstram à importante função de modificação social das pesquisas na área.

Ainda segundo Hortale et al. (2010), como campo de saber e de pesquisa passa por vários debates próprios da prática científica, segundo metodologia, caminhos de pesquisa e divulgação de conhecimento.

As pesquisas na área levam em consideração as necessidades de mudanças nas políticas públicas sociais oferecidas à população, na formação de profissionais engajados com as necessidades das comunidades e nas necessidades das instituições acadêmicas em expandir as investigações do assunto, trazendo melhoria da qualidade de formação de seus estudantes e corpo docente.

Dessa forma, demonstra-se a importância da pesquisa qualitativa nos estudos da saúde, particularmente no âmbito da Saúde coletiva e as características e o motivo de, nesse estudo, a autora ter escolhido a pesquisa-participante como uma das fontes de dados.

3.2 PARTICIPANTES

Os participantes foram selecionados por amostragem intencional de estudantes e professores que tinham perfil adequado ao tema da pesquisa: estudantes que fossem participantes ativos das atividades na Universidade (Centro Acadêmico, atividades de extensão, organização de congressos, ou bom relacionamento com a autora/ professora) e professores das disciplinas de Saúde Coletiva, que eram mais próximos da autora, ou os que aceitaram participar da pesquisa.

O número de participantes foi composto por um professor, de Saúde Coletiva, de cada ano, do 1º a 5º anos do curso, no total de 5 professores (o 6º ano foi excluído por não possuir atividades com foco em Saúde Coletiva); dentre os estudantes, foram selecionados 2 de cada um dos anos citados.

De acordo com Minayo (1994), nos estudos qualitativos, a seleção dos entrevistados não deve ser aleatória, nem probabilística, pois intencionalmente busca a diversificação e o aprofundamento da informação; por esse motivo, a escolha dos participantes incluiu quem tivesse o perfil necessário ao estudo.

Os participantes envolvidos no estudo respeitaram os seguintes critérios de inclusão:

- estudantes, de ambos os sexos, do curso de medicina de uma universidade privada de Curitiba, maiores de 18 anos, do 1º ao 5º ano;
- professores, de ambos os sexos, da disciplina de Saúde Coletiva e Medicina de família e Comunidade, do curso de medicina de uma universidade privada de Curitiba, do 1º ao 5º ano;
- com perfil adequado ao estudo: participantes ativos das atividades na Universidade (Centro Acadêmico, atividades de extensão, organização de congressos, ou bom relacionamento com a autora/ professora) e professores das disciplinas de Saúde Coletiva, que eram mais próximos da autora, ou os que aceitaram participar da pesquisa.

Além desses, a seleção dos participantes seguiu os seguintes critérios de exclusão:

- participantes que preencheram os critérios de inclusão, mas que por motivos éticos não puderam fazer parte da pesquisa;
- participantes que não responderam a todas as perguntas, de forma clara, na entrevista;

3.3 LOCAL DE REALIZAÇÃO

As entrevistas ocorreram no ambiente da Universidade, ou locais escolhidos pelos participantes, durante o primeiro semestre letivo de 2018, em data pré-estabelecida; ocorreram em sessões individuais, sem interrupção e com gravação da entrevista.

3.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

Os dados foram coletados a partir da triangulação metodológica da pesquisa-participante, estudo documental e entrevistas semiestruturadas.

A técnica observacional, da pesquisa-participante, foi documentada, pela pesquisadora, por diário de campo, durante presença em aulas teóricas (em sala de aula) e aulas práticas (em UBS, escolas, CRAS, hospitais, comunidades) das disciplinas de Saúde Coletiva, do 1º ao 5º anos, do curso de medicina, com observação das atitudes objetivas e subjetivas de estudantes e professores, seguindo alguns critérios pré-estabelecidos pela pesquisadora. Foram realizadas durante o primeiro semestre e início do segundo semestre de 2018.

Conforme recomenda a técnica da observação participante, inicialmente foi construído um bom contato com os participantes da pesquisa, para propiciar entrada adequada em campo, conversando com coordenadores e professores sobre todo o processo de investigação da pesquisa e as boas intenções na análise dos processos educativos.

Dentre os inúmeros processos de aquisição de informações, na pesquisa qualitativa, segundo Minayo (1994), a observação participante insere o pesquisador em um cenário próprio de um grupo, com o objetivo de realizar uma investigação científica que forneça elementos para a compressão dos significados desse grupo, dos aspectos objetivos e subjetivos das relações, da cultura, das ideias, das tradições.

“Para além de simplesmente olhar, observar é destacar, de um conjunto, algo específico, prestar atenção em todas as suas características. Metaforicamente, observar seria como assistir a uma peça teatral” (BINZ, 2010, pg. 31).

Para a realização da pesquisa-participante, a pesquisadora precisou ter definido o que pretendia estudar e precisou ser bem aceito no grupo observacional; para tanto, teve respeito, sensibilidade e empatia com o grupo. Como a pesquisadora pertence ao quadro de professores na Universidade, com atuação nas disciplinas de Saúde Coletiva, no primeiro e quinto anos, teve uma facilidade maior em relação à aceitação.

A etapa documental foi realizada a partir da análise do Plano Pedagógico do curso, dos Planejamentos de Aprendizagem, das ementas, dos objetivos de aprendizagem, abordagens metodológicas de ensino e aprendizagem e dos sistemas avaliativos, das disciplinas de Saúde coletiva que foram obtidos com os próprios professores das disciplinas, no ano de 2018.

Por fim, as entrevistas semiestruturadas seguiram um roteiro de perguntas abertas, preparado pela pesquisadora, com base na revisão de literatura realizada e nos principais pontos que responderiam sobre o ensino da humanização; o instrumento da entrevista, destinada aos estudantes, se encontra no Apêndice B, o instrumento da entrevista, destinada aos professores, se encontra no Apêndice C. Somente a pesquisadora tem acesso às informações coletadas durante as entrevistas, na íntegra, que estão protegidas.

Os entrevistados foram indagados, em relação ao tema Humanização em Saúde, com perguntas que inferiam sobre suas concepções em relação à humanização na prática médica, as conceituações de humanização para cada entrevistado, os modelos de ensino-aprendizagem que mais desenvolvem as habilidades de humanização, a presença do ensino de Humanização em Saúde no curso que frequenta ou ensina e especificamente nas disciplinas de Saúde Coletiva.

Segundo Minayo (1994), a comunicação verbal revela não só a experiência singular de um sujeito, mas, sendo este também um sujeito histórico e social, retrata os sistemas, estruturas, e teias de representação aos quais pertence.

3.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A análise das entrevistas foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (2016), que tem como ponto de partida, a organização em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A pré-análise, segundo Bardin (2016), consiste na organização do material, que tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, a partir de leitura flutuante das entrevistas. Em um segundo momento, é realizada a exploração do material, a fase mais longa, com a compilação dos dados, decomposição dos dados para codificá-los e recomposição dos dados em agrupamentos ou arranjos, que poderão ser adequados à análise. Por fim, seguiu-se a análise das informações, em que os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos, são realizadas as inferências e interpretações, para chegar a uma conclusão final.

Na primeira fase, as 15 entrevistas foram transcritas, pela pesquisadora, na íntegra, realizando a leitura flutuante inicial, com a primeira detecção de conteúdos ligados à questão de pesquisa.

Na segunda fase, de exploração do material, foram definidas as Unidades de Contexto, após a codificação e a identificação das Unidades de Significação e de Registro das entrevistas, que correspondem a transformação dos dados brutos, permitindo atingir a significação do conteúdo, após a fase final.

Na terceira fase, da análise do material categorizado, as temáticas obtidas, a partir da codificação e categorização do material, foram analisadas profundamente e correlacionadas à literatura, ampliando a interpretação dos resultados obtidos e aprofundando a discussão do trabalho.

A análise documental, dos momentos de inserção do tema Humanização em Saúde, no curso de medicina da IES em estudo foram enviados à pesquisadora pelos coordenadores do curso e professores das disciplinas participantes da pesquisa.

Foram analisados segundo critérios pré-definidos:

- Momentos de inserção do tema Humanização em Saúde no Projeto Pedagógico do curso;
- Inserção das disciplinas de Saúde Coletiva, no Curso de medicina;
- Organização da disciplina - planos de ensino, planos de aulas práticas e teóricas, métodos avaliativos;
- Temas da ementa disciplinar;
- Inserção do tema Humanização em Saúde, em aulas teóricas e/ou práticas

Para a análise dos dados gerados a partir da observação em campo, de aulas teóricas e práticas, com base no tema em estudo, Humanização em Saúde e adaptação das literaturas encontradas, principalmente da tese de mestrado de Rios (2010), foi elaborado um roteiro de observação:

- ambiente/ cenas de ensino;
- relacionamentos - dos professores com os estudantes; dos estudantes com os professores; dos estudantes entre si; de ambos com os pacientes; dos professores entre si; com outros profissionais e familiares dos pacientes
- abordagem dos conteúdos: presença do discurso biomédico? humanização?
- metodologias de ensino;
- atitudes, subjetivas e objetivas, de cuidado ao paciente;
- atitudes dentro do ambiente de ensino e do serviço de saúde.

Por fim, analisando as entrevistas de docentes e discentes, é possível confrontar as narrativas dos participantes com a observação das condutas durante as aulas, e essas com o discurso oficial dos documentos institucionais, realizando uma avaliação ampla do contexto institucional e efetividade das ações de humanização em saúde.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os parâmetros éticos do estudo foram respeitados, conforme as resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que protegem os participantes de pesquisas com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe sob o CAAE 82829517.8.0000.5580, submetido em 19/11/2017 e com última correção em 01/03/2018.

Os participantes receberam orientação sobre os objetivos e riscos do estudo em questão e, os que aceitaram as condições, realizaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, disposto no Apêndice A.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados e discussão será feita simultaneamente, iniciando pela análise documental, a observação e finalizando com as entrevistas.

4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

4.1.1 Projeto Pedagógico do Curso de Medicina

No Projeto Pedagógico do Curso de medicina (PPC) são observados vários momentos de inserção do tema - Humanização em Saúde - na formação do estudante e na organização das disciplinas, no currículo do Curso estudado.

O Curso, que é novo, em relação às faculdades tradicionais importantes do país, com 16 anos, foi organizado, desde o princípio, pautado nos ideais de humanização dos estudantes e incorporando definições pedagógicas importantes na busca dessa humanização.

Em relação às mudanças ocorridas no Séc. XX, já revisadas, que definiam a necessidade de alterações nos modos de ensino nos cursos de medicina e de acordo com Amore Filho, Dias e Toledo Jr (2018, p. 14), “as escolas de medicina se viram impelidas a rever seus currículos, retomando disciplinas e organizando intervenções para a retomada do humanismo na prática médica.”

Na análise dos documentos obtidos, durante o período de estudo, percebe-se a presença constante da temática Humanização em Saúde; o PPC apresenta, em várias subdivisões da análise do ensino, a preocupação com o desenvolvimento de um profissional com habilidades generalistas, voltado ao olhar ampliado dos determinantes de saúde e doença da população e à abordagem integral do ser humano.

O PPC demonstra a necessidade de inserção do estudante, desde o primeiro ano, nos ambientes de práticas de ensino voltados à comunidade, na Atenção

Primária em Saúde. Também traz como prioridade, a integração vertical e horizontal das disciplinas do currículo, realizando um paralelo com a realidade profissional que o estudante irá encontrar.

Divide o curso em cinco grandes áreas temáticas de cuidado em saúde: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia/ Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva. Dentre elas, a Saúde Coletiva ganha um destaque importante, estando presente em todos os anos do curso e contribuindo com a vivência prática dos estudantes nos ambientes primários de cuidado em saúde.

Em relação às habilidades a serem desenvolvidas, a universidade prioriza os conteúdos das 5 grandes áreas do conhecimento da medicina, citadas acima, para alcançar o objetivo de humanização do estudante, a partir das abordagens de ensino-aprendizagem:

Conduzir o aprendizado para a comunidade, capacitando o médico para que este tenha um olhar amplo e uma compreensão fidedigna da realidade da comunidade onde está inserido.

Enfatizar a necessidade de desenvolver a capacidade de comunicação e de interação ética do profissional.

Desenvolver habilidades clínicas e relacionais, desde o início do curso, por meio de atividades em Unidades de Saúde, permitindo a identificação, o contato e a análise de grande parte dos problemas médicos da comunidade. Na Atenção Básica à Saúde, o estudante participa da promoção da saúde, da prevenção de doenças e do acompanhamento dos processos de recuperação da saúde. A atuação do acadêmico envolve o paciente, a sua família e a comunidade. Ainda, este também é um momento de articulação com os demais membros da equipe multiprofissional.

Diversificação dos cenários de aprendizado, contemplando todos os níveis da promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação. Estímulo ao desenvolvimento filosófico e cultural do estudante, buscando a sensibilização para o sentido humanístico de sua futura profissão. Almeja-se, assim, levar este profissional a tratar doentes - e não doenças -, associando a sua conduta à empatia e ao altruísmo (ZARPELON et al., 2016, p. 15).

Dentre as estratégias utilizadas, pelas universidades, para reestruturação do currículo e inclusão de atividades que desenvolvam a humanização do estudante, segundo estudo de Amore Filho, Dias e Toledo Jr (2018), estão a inclusão de novas disciplinas, que abordem aspectos da Psicologia, desenvolvimento do Ciclo de Vida e Saúde Mental, no uso de atividades lúdicas, com trabalhos em grupo, técnicas de psicodrama, manifestações ligadas à arte e à literatura e a atuação em contextos culturais distintos dos de origem dos estudantes.

O Curso de medicina, em estudo, apresenta um eixo longitudinal de formação ética, desde as disciplinas do primeiro ano; o ensino ocorre nos ambientes reais e durante o momento de atuação do médico, predispondo o ensino da interdisciplinaridade.

As práticas nas Unidades de Saúde e nos hospitais conveniados ocorrem durante os programas de prevenção e promoção ou no momento da assistência aos pacientes, permitindo o convívio com acadêmicos de outros cursos e profissionais de outras áreas. Os estudantes participam de atividades das equipes multiprofissionais nas UBS, como reuniões de equipes e visitas domiciliares com a enfermagem e agentes comunitários de saúde (ZARPELON et al., 2016, p. 15).

predomínio de aulas práticas em relação às teóricas, com priorização do atendimento prático supervisionado em relação às aulas práticas demonstrativas; treinamento prático com simuladores; avaliações práticas continuadas e progressivas; estímulo ao ensino por habilidades e competências, tanto em disciplinas simuladas quanto, posteriormente, nas atividades assistenciais (ZARPELON et al., 2016, p. 15).

Amore Filho, Dias e Toledo Jr (2018) citam que, outra estratégia utilizada pelas universidades, são os projetos de extensão universitária, que abrangem diversos cursos da área da saúde, com desenvolvimento de habilidades e vivências em locais diferenciados dos ambientes normais de estudo.

A extensão universitária também se faz presente, segundo Zarpelon et al. (2016), nas atividades da universidade em estudo e contempla ações assistenciais (educação em saúde em domicílio e escolas) e projetos de humanização hospitalar. Como destaque, a universidade cita o Projeto Rondon, uma atuação interdisciplinar em comunidades carentes de vários locais do país; além desse, o Projeto Asshop, em que estudantes e professores realizam operações de atendimento hospitalar à população ribeirinha, com navios da Marinha do Brasil. Um outro projeto, o Medclown, treina estudantes em técnicas de teatro e maquiagem para realizarem atividades de humanização com pacientes em hospitais.

A estrutura curricular, possui características que também predispõe a uma formação generalista e mais humana:

- Inserção no sistema de saúde desde o primeiro ano do curso, contemplando a vivência real da própria comunidade.
- Correlação da teórica com a prática, sendo que as ementas preveem o ensino baseado em ancoragem com exemplos clínicos reais também desde o início do curso.

- Interdisciplinaridade com integração horizontal e vertical das disciplinas.
- Predomínio de atividades práticas em relação às teóricas (na proporção de 2:1), com preponderância de atendimentos práticos supervisionados.
- Forte eixo longitudinal de humanização que permeia verticalmente as ementas de todas as disciplinas, com valorização da sensibilização humanística, altruísta e empática da profissão.
- Acima de 30% da carga horária total do internato é realizada em serviços de atenção básica e urgência emergência, a saber: a totalidade do Internato em Medicina Geral de Família e Comunidade é realizada em atenção básica na área de Medicina Geral de Família e Comunidade; um terço do Internato em Pediatria e Puericultura é realizado em Unidades Básicas de Saúde; um quarto do Internato em Ginecologia e Obstetrícia acontece em Unidades Básicas de Saúde; pelo menos dois terços do Internato em Urgências e Emergências ocorrem em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) (ZARPELON et al., 2016, p. 15).

Esse panorama do Curso de medicina, demonstrado acima, traz as informações referentes à inserção do tema Humanização em Saúde e seu grau de importância para o curso.

4.1.2 Saúde Coletiva I

No primeiro ano, os estudantes têm o primeiro contato com o Sistema de Saúde e sua organização, além de iniciarem um “treinamento” em humanização em saúde. São inseridos nos ambientes práticos, relacionando-se com pacientes, familiares, profissionais de saúde, professores e entre si, com vivência intensa. Observaram-se 2 cenários principais de aprendizagem: conteúdo teórico em salas de aulas e vários cenários em que ocorrem as aulas práticas.

A disciplina de saúde Coletiva I, ofertada no primeiro ano, reúne uma média de 190 estudantes, divididos em 4 turmas (A, B, C e D) nas aulas teóricas e 32 subturmas, de 6 a 7 estudantes cada, nas aulas práticas. É composta por 5 professores (4 Médicos de Família e 1 Gastroenterologista com atuação no nível secundário do SUS, Mestre em Saúde Coletiva), que desenvolvem, durante o ano, uma média de 7 aulas teóricas cada e que acompanham entre 4 a 8 subturmas em aulas práticas.

Desenvolvem uma carga horária de 4 horas/aula semanais, 2 horas/aula teóricas e 2 horas/aula práticas; a disciplina tem duração anual.

As aulas teóricas são ministradas no campus, em salas tradicionais ou salas vivas (próprias para o desenvolvimento de Metodologias Ativas de Ensino). Seguem os seguintes temas pela ementa da disciplina: Empatia, trabalho em grupo e comunicação; Autorreflexão, Metacognição, auto avaliação e avaliação por pares; Os determinantes do processo saúde-doença; Populações marginalizadas; Saúde mental e Reforma Psiquiátrica; Saúde Ambiental; História das políticas de saúde no Brasil; A VIII Conferência em Saúde e a construção do SUS; Princípios e organização do SUS; Introdução à gestão local; Atenção básica em saúde; Conceitos em território-processo; Planejamento e Diagnóstico em saúde da comunidade; Saúde da Família: histórico e contextualização; Saúde da Família: ação no nível local; Introdução a promoção e prevenção; Educação em saúde; Interação saúde-escola-comunidade; Situação de Saúde no Brasil e no Paraná; e Redes de atenção à saúde.

As aulas práticas, têm como tema de estudo, o mesmo tema da aula teórica anterior, para que os estudantes vivam, na prática, os conceitos estudados em sala de aula. Essas aulas acontecem em ambientes variados da rede de atenção à saúde pública de Curitiba: UBS, CRAS, Hospital Geral, UPA, Hospital psiquiátrico, AA, escolas, creches, residências particulares, ambientes comunitários, dentre outros. Cada subturma e seu professor, vivenciam as práticas em uma única Unidade de Saúde e comunidade adscrita a ela, porque desenvolvem trabalhos e atividades, durante o ano, que exigem o reconhecimento completo de cada região; os outros locais visitados variam conforme adequação de horário.

A disciplina, em seu planejamento, demonstra adequado e organizado cronograma de atividades. Utiliza como método avaliativo uma variedade de instrumentos que se organizam em avaliações formativas e somativas: prova teórica de valor 5,0; matriz avaliativa de habilidades e atitudes em aulas práticas, de valor 2,0; portfólio crítico-reflexivo de valor 1,5; e trabalho bimestral de valor 1,5.

Os trabalhos bimestrais são desenvolvidos com base nos assuntos temáticos do bimestre e a partir de atividades em aulas práticas. Os professores solicitam que os estudantes se utilizem de recursos culturais para sua apresentação e recebem uma pontuação maior, conforme o uso dos recursos culturais (música, teatro, poema, fotos ou quadros, etc.).

4.1.3 Saúde Coletiva II

No segundo ano, os estudantes aprofundam os conhecimentos sobre o sistema de Saúde, sua organização e iniciam atividades mais práticas de atuação médica, na Atenção Primária. Observaram-se 2 cenários principais de aprendizagem: conteúdo teórico em salas de aulas e vários cenários em que ocorrem as aulas práticas.

A disciplina de Saúde Coletiva II reúne 190 estudantes, divididos em 4 turmas (A, B, C e D) nas aulas teóricas e 16 subturmas, de 10 a 12 estudantes cada, nas aulas práticas. É composta por 4 professores (2 médicas, com especialização em Saúde Coletiva, 1 dentista, com Pós-doutorado e atuação na Atenção Primária, 1 dentista, com doutorado em Saúde Coletiva), que desenvolvem, durante o ano, uma média de 7 aulas teóricas cada e que acompanham 4 subturmas, em aulas práticas.

Desenvolvem uma carga horária de 4 horas/aula semanais, 2 horas/aula teóricas e 2 horas/aula práticas; a disciplina tem duração anual.

As aulas teóricas são ministradas no campus, em salas vivas (preparadas para o desenvolvimento de MAE). Seguem os seguintes temas pela ementa da disciplina: Epidemiologia e saúde populacional, Prevenção e Promoção em saúde e Vigilância em saúde.

As aulas práticas têm o seguinte objetivo: realizar um diagnóstico de saúde comunitária, criar, implementar e analisar um projeto de intervenção de promoção e prevenção de saúde na comunidade atendida pela UBS selecionada como campo de estágio. Cada professor acompanha o território de uma Unidade de Saúde específica, com cada subturma, que desenvolve o projeto frequentando os ambientes comunitários próprios do local (escola, creche, CRAS, igrejas, ONGS, etc).

A disciplina, em seu planejamento, demonstra adequado e organizado cronograma de atividades, mas na prática, os estudantes relatam que há muita repetição de atividades e falta de objetivo claro; relatam que “cansam” dos mesmos tipos de atividades durante o ano.

Utiliza como método avaliativo alguns instrumentos: desenvolvimento de trabalho em equipe, exercícios e atividades em aula e fora de sala; prova teórica e apresentação de Seminário.

4.1.4 Saúde Coletiva III

No terceiro ano, os estudantes iniciam a vivência prática da Atenção Primária, com enfoque na história clínica, Método Clínico Centrado na Pessoa e exame físico, além da análise do ambiente da APS como um todo. Observaram-se 2 cenários principais de aprendizagem: aulas teóricas em salas de aulas e o cenário de atendimento em UBS, nas aulas práticas.

A disciplina de Saúde Coletiva III reúne uma média de 110 estudantes (há uma redução, em comparação à primeira e segunda anos, porque o Curso aumentou o número de estudantes no ano de 2017), divididos em 2 turmas (A e B) nas aulas teóricas e 16 subturmas, de até 8 estudantes cada, nas aulas práticas. É composta por 4 professores (1 Médica de Família, Mestre em Saúde Ambiental, 1 médica especialista em Saúde Coletiva e 2 Clínicas Gerais), que desenvolvem, durante o ano, aulas teóricas e acompanhamento dos estudantes em aulas práticas.

Desenvolvem uma carga horária de 3 horas/aula semanais, 1 hora/aula teórica e 2 horas/aula práticas; é uma disciplina de duração anual.

As aulas teóricas são ministradas no campus, em salas tradicionais. Seguem os seguintes temas segundo ementa da disciplina: ações programáticas, linhas de cuidado em saúde e método clínico centrado na pessoa.

As aulas práticas seguem o seguinte objetivo, na disciplina: desenvolver atendimentos em Atenção Primária a Saúde, com desenvolvimento de habilidade de entrevista com o paciente, por competência relacional, além do uso do instrumento Método Clínico Centrado na Pessoa, com foco na ferramenta do MCCP - SIFE (sentimentos/ idéias/ funcionalidade/ expectativas do paciente). Cada professor acompanha uma Unidade de Saúde específica, com cada subturma, que atende os pacientes em grupos de 2 a 3 estudantes.

A disciplina, em seu planejamento anual, não demonstra organização adequada de cronograma. As aulas teóricas são organizadas conforme cronograma de cada professor e não teve acesso a um cronograma único. Nas aulas práticas, os estudantes desenvolvem atendimentos durante todo o período de aula.

Utiliza como método avaliativo uma avaliação formativa e somativa, por Matriz de Habilidades de aula prática, com uma planilha que avalia a capacidade de

realizarem o relato em prontuário com o SOAP (subjetivo, objetivo, análise e plano), incluindo elementos da experiência do adoecer (SIFE) e dos atributos da APS em cada atendimento, ainda são avaliados pela Ética, Assiduidade e Interesse.

4.1.5 Investigações e intervenção em Saúde Coletiva

No quarto ano, a disciplina é voltada para pesquisa científica; os estudantes, a partir das vivências anteriores, definem um tema de pesquisa e a desenvolvem durante toda a disciplina. Observaram-se 2 cenários principais de aprendizagem: as salas de aulas teóricas e ambientes em que ocorrem as pesquisas científicas (hospitais, ambulatórios e UBS).

A disciplina de Investigações em saúde reúne uma média de 110 estudantes, divididos em 2 turmas (A e B) nas aulas teóricas e 12 subturmas, de 10 a 12 estudantes cada, nas aulas práticas. É composta por 4 professores, que desenvolvem, durante o ano, aulas teóricas e que acompanham 4 subturmas, nas discussões práticas.

Desenvolvem uma carga horária de 4 horas/aula semanais, 2 horas/aula teóricas e 2 horas/aula práticas; a disciplina tem duração anual.

As aulas teóricas são ministradas no campus, em salas tradicionais. Seguem os seguintes temas pela ementa da disciplina: O processo investigativo: planejamento, execução e socialização. Pesquisa de Campo com base no uso de dados clínicos, epidemiológicos, ambientais, sociais, demográficos que estão relacionados ao processo saúde doença. Elaboração do projeto de pesquisa. Avaliação crítica da literatura científica. Técnicas atualizadas de revisão bibliográfica.

As aulas práticas seguem os seguintes objetivos, na disciplina: realizar pesquisa transdisciplinar, com o emprego de metodologia adequada, que tenha como foco o processo saúde doença; integrar, ao projeto de pesquisa, conteúdo do 4º ano do curso de medicina, bem como dos anos anteriores, aplicando o conhecimento construído no período; demonstrar, na pesquisa, a abordagem holística, desde o indivíduo, até seu ambiente social; apresentar e discutir os métodos de pesquisa, na

área médica, de forma a possibilitar a leitura e compreensão crítica de artigos científicos.

A disciplina, em seu planejamento, demonstra adequado e organizado cronograma de atividades, que se desenvolvem segundo o objetivo de pesquisa. Os estudantes, ao longo do ano, demonstram cansaço da repetitividade do trabalho científico e não percebem o real objetivo da disciplina, demonstram sentir falta das abordagens clínicas em UBS, anteriores.

Utiliza como método avaliativo os critérios de avaliação de pesquisa e a obrigatoriedade de publicação da pesquisa realizada. Essa pesquisa, serve como base para a construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), no quinto ano.

4.1.6 Internato em Medicina de Família e Comunidade

No quinto ano, denominado Internato em Medicina Geral de Família e Comunidade o estudante vivencia intensamente a realidade de trabalho do Médico de Família, na atenção Primária, realizando atendimentos orientados pelos professores; apresenta intensa relação com a comunidade e com os profissionais de saúde da UBS. Observaram-se 2 cenários principais de aprendizagem: aulas teóricas em salas de aula e as Unidades de Saúde e territórios comunitários, em que ocorrem as aulas práticas.

A disciplina do Internato em MGFC reúne de 32 a 35 estudantes, a cada trimestre, que frequentam uma carga horária de 11 horas de aulas teóricas e são divididos em 8 subturmas, de 4 a 5 estudantes cada, nas aulas práticas, com carga horária de 24 horas. É composta por 11 professores, que desenvolvem, durante o trimestre, uma média de 3 aulas teóricas cada e que acompanham 1 ou 2 subturmas em aulas práticas. A disciplina é de duração trimestral e tem carga horária semanal de 35 horas.

As aulas teóricas são ministradas no campus, em salas tradicionais, ou salas vivas, ou laboratórios de habilidades. Seguem os seguintes temas pela ementa da disciplina: Princípios da Medicina da Família e Comunidade e da Atenção primária à Saúde; Método clínico centrado na pessoa; Epidemiologia clínica; Busca de

evidências nas bases eletrônicas; abordagem às doenças crônicas; Exame periódico do adulto e da criança; Transtornos mentais e Dependência química; Atenção Materno infantil, do adolescente, do adulto e do idoso no contexto da saúde da família; Saúde do Trabalhador.

As aulas práticas, têm como objetivos:

- Reconhecer e experienciar os princípios do Médico da Atenção Primária: acessibilidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade
- Atender os pacientes na abordagem pelo método clínico centrado na pessoa, em consultório ou visita domiciliar, sob supervisão, contextualizando-os em sua comunidade, família, trabalho.
- Utilizar a Medicina Baseada em Evidências para melhor conduta a cada paciente.
- Desenvolver habilidades para identificar e cuidar das pessoas com problemas de saúde prevalentes na Atenção Primária à Saúde, desde a criança ao idoso.
- Avaliar criticamente a qualidade dos estudos epidemiológicos como base para tomada de decisão em saúde.
- Exercitar a crítica em relação à informação médica, buscando condutas clínicas que impactem em melhora na qualidade de vida e sobrevida das pessoas atendidas.
- Utilizar com racionalidade os recursos em saúde disponíveis, como exames complementares e consultas com especialistas, visando atingir o melhor nível de resolubilidade local.
- Fomentar a habilidade relacional / interdisciplinaridade com os membros da equipe de saúde (odontologia, enfermagem, agentes comunitários de saúde) assim como com as famílias e a comunidade.

A disciplina, em seu planejamento, demonstra adequado e organizado cronograma de atividades trimestrais, em que os estudantes frequentam 4 unidades de saúde diferentes, com rodízio de professores e UBS na metade do tempo de estágio.

Utiliza como métodos avaliativos alguns instrumentos:

- Avaliação Informativa: Pré-teste, Pós-teste (prova final), testes pós-seminários e ficha de avaliação discente.

- Avaliação Formativa: através da Matriz de Habilidades desenvolvida em 3 etapas ao longo do estágio sendo a primeira correspondente à fase inicial (4 semanas) de apropriação do campo de estágio e das ferramentas da MFC na abordagem, manejo e cuidados (prontuário clínico, abordagem, equipe, encaminhamentos, contratransferência); a segunda (5 semanas) com ênfase na elaboração do raciocínio clínico e na integralidade da abordagem e dos cuidados da MFC e a terceira (5 semanas) com ênfase à desenvoltura na elaboração da síntese do raciocínio clínico e do seguimento dos pacientes e conquista da autonomia nos atendimentos.

Nas ementas das disciplinas de Saúde Coletiva, em resumo no QUADRO 1, pode-se observar a predominância de temas relacionados ao desenvolvimento da Humanização em Saúde - empatia, desenvolvimento de competência relacional, Método Clínico Centrado na Pessoa, abordagem dos fatores determinantes do cuidado a saúde individual e nas comunidades, dentre vários outros. Percebe-se que trabalham a abordagem holística dos pacientes e a construção de uma relação médico-paciente fortalecida pelo cuidado e respeito às suas necessidades, além do incentivo à relação de trabalho interdisciplinar adequados.

QUADRO 1 - Ementas e divisão de carga horária disciplinares

DISCIPLINAS	EMENTA	CARGA HORÁRIA	
		TEÓRICA	PRÁTICA
Saúde Coletiva I 1º ano	Empatia, trabalho em grupo e comunicação; Autorreflexão, Metacognição, auto avaliação e avaliação por pares; Os determinantes do processo saúde-doença; Populações marginalizadas; Saúde mental e Reforma Psiquiátrica; Saúde Ambiental; História das políticas de saúde no Brasil; A VIII Conferência em Saúde e a construção do SUS; Princípios e organização do SUS; Introdução à gestão local; Atenção básica em saúde; Conceitos em território-processo; Planejamento e Diagnóstico em saúde da comunidade; Saúde da Família: histórico e contextualização; Saúde da Família: ação no nível local; Introdução a promoção e prevenção; Educação em saúde; Interação saúde-escola-comunidade; Situação de Saúde no Brasil e no Paraná; e Redes de atenção à saúde.	2h/aula semanais	2h/aula semanais
Saúde Coletiva II 2º ano	Epidemiologia e saúde populacional, Prevenção e Promoção em saúde e Vigilância em saúde.	2h/aula semanais	2h/aula semanais
Saúde Coletiva III 3º ano	Ações programáticas em saúde, Linhas de cuidado em saúde e Método Clínico Centrado na Pessoa.	1h/aula semanais	2h/aula semanais
Investigações e intervenção em Saúde Coletiva 4º ano	O processo investigativo: planejamento, execução e socialização. Pesquisa de Campo com base no uso de dados clínicos, epidemiológicos, ambientais, sociais, demográficos que estão relacionados ao processo saúde doença. Elaboração do projeto de pesquisa. Avaliação crítica da literatura científica. Técnicas atualizadas de revisão bibliográfica.	2h/aula semanais	2h/aula semanais
Internato em Medicina de Família e Comunidade 5º ano	Princípios da Medicina da Família e Comunidade e da Atenção primária à Saúde; Método clínico centrado na pessoa; Epidemiologia clínica; Busca de evidências nas bases eletrônicas; abordagem às doenças crônicas; Exame periódico do adulto e da criança; Transtornos mentais e Dependência química; Atenção Materno infantil, do adolescente, do adulto e do idoso no contexto da saúde da família; Saúde do Trabalhador.	11h semanais	24h semanais

Fonte: a autora (2018)

Segundo Amore Filho, Dias e Toledo Jr (2018, p. 21), “os atributos inerentes ao humanismo médico variam entre culturas, sendo mais frequentes na cultura ocidental aqueles relacionados a competência clínica, comunicação, ética, humanismo, excelência, responsabilidade e altruísmo.”

Na análise pormenorizada dos Planos de Ensino percebe-se uma organização adequada e completa da maior parte das disciplinas, com estruturação dos conteúdos das ementas disciplinares, interrelação dos conteúdos práticos e teóricos, objetivos de aulas bem definidos e sistemas avaliativos destinados a cada tipo de metodologia de aula utilizado.

A Saúde Coletiva no primeiro, segundo e quinto anos demonstra uma organização disciplinar mais completa e integrada com o processo de humanização do estudante e sua vivência nos âmbitos práticos. A Saúde Coletiva no terceiro ano, apesar de, na prática, desenvolver habilidades voltadas ao atendimento da pessoa integralmente, com olhar ampliado e competência relacional adequada, tem um Plano de Ensino mais incompleto e demonstrou segregação dos professores em relação aos documentos da disciplina e discurso das metodologias de ensino, entregues à pesquisadora. A Saúde Coletiva no quarto ano, como se volta para o desenvolvimento de um projeto científico na área escolhida, demonstrou maior distanciamento dos critérios de humanização do estudante, com menor participação e relacionamento prático com pacientes, comunidades e famílias e representa uma lacuna no desenvolvimento da competência de atendimento clínico do estudante.

Realizando um paralelo com outras universidades, estudadas anteriormente, é perceptível que o Curso de medicina, em estudo, realizou uma transformação semelhante à outras universidades do país, em um momento de transição paradigmática do ensino médico e percepção das necessidades de uma formação voltada para a comunidade. Percebe-se que houve um esforço em adequar o currículo e as disciplinas do curso, a fim de alcançar novos objetivos de formação.

Ainda assim, a universidade mantém um ensino tradicional, com currículo pautado em grades curriculares fixas, sem interação interdisciplinar, sem o ensino centrado no estudante, diferente das citadas - FMUSP, UNIFESP, UNESP, UEL, FAMEMA que têm currículos integrados, abordagem multidisciplinar, ensino centrado no estudante e as Metodologias Ativas de ensino e aprendizagem como base do curso

(FEUERWERKER, 2002a; KOMATSU, 2003; MARTINS, 2005; RIOS, 2010, 2012a; BITTAR, 2011).

Apresenta como semelhanças às universidades citadas, a utilização de MAE em algumas disciplinas, com algumas inclusões de atividades artísticas, a presença do ensino da Humanização em Saúde, mais preponderante em algumas disciplinas e a inclusão dos estudantes, desde o primeiro ano, em atividades práticas na comunidade.

O QUADRO 2 demonstra a organização dos objetivos das aulas práticas de cada disciplina de Saúde Coletiva, os ambientes de ensino utilizados e os métodos avaliativos.

QUADRO 2 - Objetivos, ambientes de ensino e métodos avaliativos das aulas práticas

DISCIPLINAS	PRÁTICA		MÉTODOS AVALIATIVOS
	OBJETIVOS	AMBIENTES DE ENSINO	
Saúde Coletiva I 1º ano	<p>Reconhecer, na comunidade atendida pela Unidade de Saúde, os determinantes biopsicossociais, ambientais e espirituais do processo saúde-doença e as formas através das quais a população está organizada para o enfrentamento das condições locais de saúde.</p> <p>Conhecer o Sistema de Saúde brasileiro - Sistema Único de Saúde (SUS), seu histórico, implantação, expressão no nível local, ferramentas, métodos e gestão.</p> <p>Reconhecer o trabalho em rede, multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial como estratégia de abordagem ao cuidado a saúde individual, familiar e comunitária.</p> <p>Promover a capacidade de autorreflexão, de metacognição, de crítica, de gestão emocional e de humanização através da arte.</p>	UBS, CRAS, Hospital Geral, UPA, Hospital psiquiátrico, AA, escolas, creches, residências particulares, ambientes comunitários, dentre outros.	<p>prova teórica</p> <p>matriz avaliativa de habilidades e atitudes em aulas práticas</p> <p>portfólio crítico-reflexivo</p> <p>trabalho bimestral</p>
Saúde Coletiva II 2º ano	<p>Realizar um diagnóstico de saúde comunitária, criar, implementar e analisar um projeto de intervenção de promoção e prevenção de saúde, na comunidade atendida, pela UBS selecionada como campo de estágio.</p>	UBS, escola, creche, CRAS, igrejas, ONGS, dentre outros	<p>desenvolvimento de trabalho em equipe</p> <p>exercícios e atividades em aula</p> <p>prova teórica</p> <p>apresentação de seminário</p>
Saúde Coletiva III 3ºano	<p>Desenvolver atendimentos em Atenção Primária a Saúde, com desenvolvimento de habilidade de entrevista com o paciente, por competência relacional, além do uso do instrumento Método Clínico Centrado na Pessoa, com foco no SIFE (sentimentos/ idéias/ funcionalidade/ expectativas do paciente).</p>	UBS	<p>Matriz de habilidades de aula prática, com uma planilha que avalia a capacidade de realizarem o SOAP, incluindo elementos da experiência do adoecer (SIFE) e dos atributos da APS em cada atendimento</p> <p>Ética, Assiduidade e Interesse</p>
Investigações e intervenção em Saúde Coletiva 4ºano	<p>Realizar pesquisa transdisciplinar, com o emprego de metodologia adequada, que tenha como foco o processo saúde doença;</p> <p>Integrar, ao projeto de pesquisa, conteúdo do 4º ano do curso de medicina, bem como dos anos anteriores, aplicando o conhecimento construído no período;</p> <p>Demonstrar, na pesquisa, a abordagem holística, desde o indivíduo, até seu ambiente social;</p> <p>Apresentar e discutir os métodos de pesquisa, na área médica, de forma a possibilitar a leitura e compreensão crítica de artigos científicos.</p>	hospitais, ambulatórios e UBS	<p>Critérios de avaliação de pesquisa</p> <p>Obrigatoriedade de publicação da pesquisa realizada.</p>
Internato em Medicina de Família e Comunidade 5ºano	<p>Reconhecer e experienciar os princípios do Médico da Atenção Primária: acessibilidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade</p> <p>Atender os pacientes na abordagem pelo método clínico centrado na pessoa, em consultório ou visita domiciliar, sob supervisão, contextualizando-os em sua comunidade, família, trabalho</p> <p>Utilizar a Medicina Baseada em Evidências para melhor conduta a cada paciente</p> <p>Desenvolver habilidades para identificar e cuidar das pessoas com problemas de saúde prevalentes na Atenção Primária à Saúde, desde a criança ao idoso.</p> <p>Avaliar criticamente a qualidade dos estudos epidemiológicos como base para tomada de decisão em saúde</p> <p>Exercitar a crítica em relação à informação médica, buscando condutas clínicas que impactem em melhora na qualidade de vida e sobrevida das pessoas atendidas</p> <p>Utilizar com racionalidade os recursos em saúde disponíveis, como exames complementares e consultas com especialistas, visando atingir o melhor nível de resolubilidade local</p> <p>Fomentar a habilidade relacional / interdisciplinaridade com os membros da equipe de saúde (odontologia, enfermagem, agentes comunitários de saúde) assim como com as famílias e a comunidade.</p>	UBS e territórios comunitários	<p>Avaliação Informativa: Pré-teste, Pós-teste (prova final), testes pós-seminários e ficha de avaliação discente</p> <p>Avaliação Formativa: através da Matriz de Habilidades desenvolvida em 3 etapas ao longo do estágio</p>

Fonte: a autora (2018)

No primeiro, segundo e terceiro anos, demonstra-se uma continuidade do trabalho, na formação do estudante, com competências generalistas e humanizadas. O acadêmico vivencia desde os primeiros momentos, a realidade do Sistema de Saúde brasileiro, conhecendo sua organização e realidade de vida dos pacientes, familiares e comunidade; após, no segundo ano, desenvolve um raciocínio voltado para o comunitário, com desenvolvimento de atividades e interrelações que aliam o conhecimento da epidemiologia com as necessidades das pessoas observadas; chega no terceiro, em que desenvolve a parte clínica da abordagem ao paciente, em sua individualidade, conhecendo ferramentas para implementar maiores condições de cuidado nessa abordagem e o desenvolvimento do raciocínio clínico na atenção primária.

No quarto ano, o modo de ensino prático e vivencial, até então percorrido pelos estudantes, se modifica; o estudante experencia uma intersecção nas habilidades relacionais e de raciocínio clínico, ampliando seu desenvolvimento na área de pesquisa científica. Nesse ano, observa-se um pensamento voltado ao científico e, na maior parte das vezes, se afasta da observação holística, para individualizar características importantes dos estudos, mais interligados às especialidades específicas, da medicina.

Apesar de muitos avanços ainda se sobressaem desafios, pois perpetua-se uma universidade de caráter tradicional, quando o desejável é a universidade interdisciplinar e inovadora, em que a reflexão e a crítica epistemológica estejam presentes e sejam superados os cortes universidade/ sociedade, saber/realidade” (GOMES et al, 2012, p. 438).

No quinto ano, o estudante passa por uma imersão de 3 meses no Internato de Saúde da Família, com uma carga horária, de vivência da atenção primária, maior que nas outras disciplinas apresentadas, compatível com as exigências do Internato. Demonstra, nos objetivos da prática, a preocupação com o desenvolvimento de um profissional completo e com habilidades clínicas e inter-relacionais adequadas a realidade do Sistema de Saúde brasileiro.

Algumas propostas na formação dos profissionais da saúde visam romper a fragmentação curricular pela inclusão das ciências humanas e sociais, ênfase no compromisso ético-humanista e incorporação de novas tecnologias. São propostos métodos ativos de ensino-aprendizagem, contato dos estudantes com as realidades sociais e culturais das populações, com avaliação formativa e somativa durante o curso” (GOMES et al, 2012, p. 438).

As disciplinas apresentam um sistema avaliativo abrangente, que reúne conhecimentos teóricos, aliados à observação das habilidades e atitudes dos estudantes nas aulas práticas, como avaliações formativas de ensino e aprendizagem, que predispõe a maior cobrança do desenvolvimento de habilidades relacionais e de humanização do estudante e redução da subjetividade da avaliação do professor. (FEUEWERKER, 2002a; KOMATSU, 2003; RIOS, 2010; BITTAR, 2011)

4.2 ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO E DIÁRIO DE CAMPO

4.2.1 Saúde Coletiva I

Em relação aos critérios observados e descritos em diário de campo, no 1º ano, os ambientes e cenas de ensino utilizados são muito variados e predispõem a um aprendizado mais amplo e com conhecido mais integral do Sistema de Saúde e comunidade em que o paciente se insere; os estudantes convivem na UBS, nos espaços comunitários de escolas, igrejas, creches, ONGs, além disso participam de atividades em Hospitais, CAPS, CRAS, dentre outros já citados no estudo documental.

O relacionamento entre professores e estudantes é adequado, com abertura para dúvidas e conversas. Há uma diferença de comportamentos para cada professor da disciplina, uns se demonstram mais abertos à conversa, outros um pouco menos, uns mais alegres e falantes, outros um pouco mais fechados.

O relacionamento dos estudantes com professores é variado e depende da aula, demonstrando respeito e atenção na maior parte do tempo; eventualmente ocorrem discussões em relação aos “combinados” ou “notas” do conteúdo. Algumas turmas são mais dispersivas na atenção, não demonstram tanto interesse pelas aulas, mesmo com utilização de metodologias ativas e participação dos estudantes. O relacionamento se torna mais próximo com seu professor de prática, que acompanha semanalmente os estudantes nas atividades.

Observou-se que os estudantes, no primeiro ano, de forma intensa, dão mais importância para as disciplinas “fortes” (anatomia, citologia, neurologia, etc) do

currículo e acabam deixando as mais leves (saúde coletiva, ciências sociais, metodologia da pesquisa, etc) para estudo antes da prova.

O relacionamento dos estudantes entre si foi observado como adequado; mas há relatos de estudantes que, em algumas ocasiões, exibem vergonha de participar das aulas, por medo da opinião do outro: os estudantes que se interessam muito pelo cuidado ao paciente, pelo SUS e organização e caminhos do sistema de saúde, têm um pouco de receio de exprimir suas opiniões pelo medo do julgamento dos colegas. Eventualmente ocorrem brigas entre os estudantes, discussões quando existem opiniões diferentes, ou outros problemas de fora de sala.

Os professores, que na sua totalidade trabalham ou já trabalharam no sistema público de saúde, têm um relacionamento excelente com os pacientes e muito próximo; demonstram respeito, carinho e cuidado. Os estudantes são sempre mais envergonhados nas conversas e relacionamento com os pacientes, no início do ano quase não falam, mas durante o ano, vão aprendendo a se soltar.

Entre si, os professores exibem um bom relacionamento, contam que existem momentos de reuniões em que aparecem discussões, nas decisões que precisam ser tomadas, mas essas discussões pequenas e não atrapalham o andamento da disciplina.

O relacionamento observado, dos estudantes com outros profissionais e familiares dos pacientes, foi muito bom, próximo e respeitoso e voltado ao integral; comunicam o que estão realizando de atividades e os objetivos da conversa. Os estudantes demonstram mais timidez nas conversas, mas durante o desenvolvimento das atividades durante o ano, vão se soltando, após treino constante.

Ao observar a abordagem dos conteúdos, no desenvolvimento da disciplina, no 1º ano, observou-se que a humanização tem abordagem predominante, sem a presença de discurso biomédico, durante as aulas; os professores trazem a necessidade do olhar ampliado ao território e ao paciente, o tempo todo, trabalham determinantes do processo saúde doença, atenção primária e conceitos do SUS em todas as aulas, teóricas e práticas.

As metodologias de ensino, utilizadas, são variadas, realizadas com um misto de ativas e tradicionais, com predominância das MAE - uso intenso de problematização e discussões, TBL, discussões a partir de narrativas, gamificação, júri simulado, uso de vídeos, são alguns dos exemplos.

Na observação das atitudes subjetivas e objetivas do cuidado ao paciente: o primeiro ano apresenta atividades intensas, ao longo de todo ano, que trabalham o relacionamento com a comunidade; realizam atividades de educação em saúde com a comunidade, que tem um bom resultado nas aplicações; também estão no planejamento de intervenções para famílias de risco atendidas na UBS, com entrevistas e análise da família e problemas, conversa com a equipe da UBS e os professores da universidade; realizam observações, entrevista e convivência na APS e na comunidade durante todo o ano; realizam várias visitas pela comunidade e visitas domiciliares, convivendo mais próximos com os pacientes e famílias.

Exibem atitudes respeitadas nos ambientes comunitários, são ensinados, desde o primeiro dia de aula, a como se portar, como conversar, como proceder nos ambientes de cuidado ao paciente, de relacionamento com os profissionais de saúde, na comunidade em visitas.

4.2.2 Saúde Coletiva II

Em relação aos critérios observados e descritos em diário de campo, no 2º ano, o ambiente e os cenários de ensino utilizados são também muito variados e auxiliam ao estudante ampliar seu conhecimento do Sistema de Saúde e da abordagem Integral desse Sistema. Os estudantes mantêm sua vivência nas UBS, nos espaços comunitários, agora com uma maior atuação nesses espaços (escolas, creches, CRAS, ONGs, Igrejas, etc).

O relacionamento entre professores e estudantes é adequado, com abertura para dúvidas, conversas e discussões. Há uma diferença de comportamentos para cada professor da disciplina, uns se demonstram mais abertos a conversa, outros um pouco menos. O relacionamento dos estudantes com os professores é variado e dependente do tema da aula; demonstrando respeito e atenção na maior parte do tempo. O relacionamento se torna mais próximo com seu professor de prática, que acompanha semanalmente os estudantes nas atividades.

Entre si, os estudantes têm uma relação adequada, em sua maioria. Eventualmente ocorrem discórdias entre os estudantes, discussões diante de opiniões diferentes, ou outros problemas de fora de sala.

Os professores desenvolvem um relacionamento muito adequado e próximo, com os pacientes; demonstram respeito e cuidado. Os estudantes têm uma abordagem ao paciente, mais adequada, no segundo ano, com mais desenvoltura, cuidado e respeito, já passaram por treinamentos de competência relacional anteriormente; mas sempre há os estudantes mais tímidos que acabam se escondendo atrás dos mais ativos.

Entre si, os professores demonstram bom relacionamento, existem momentos de reuniões em que aparecem discussões, nas decisões que precisam ser tomadas, mas são pequenas e não atrapalham o andamento da disciplina. Houve mudança no quadro de professores durante este ano e estão em boa adaptação, com professores mais unidos, em sua maioria.

O relacionamento com outros profissionais e familiares dos pacientes é adequado, próximo, cuidadoso e respeitoso; avisam sobre as atividades que estão realizando, objetivos e continuidade das atividades.

Na observação da abordagem de conteúdos da disciplina, percebe-se o discurso de humanização presente, na maior parte do tempo; a predominância de discurso biomédico é vista dentre alguns professores da disciplina, mais prevalente nas aulas teóricas; nas aulas práticas os professores realizam, com os estudantes, o diagnóstico comunitário, observam determinantes do processo saúde-doença, trazem a necessidade do olhar ampliado ao território e ao paciente, o tempo todo. Trabalham competência relacional, instrumentos de educação em saúde, meios de abordagem nas comunidades. Todos os assuntos, de prática, predispõem a uma visão mais ampla e mais adequada aos estudantes.

As metodologias de ensino, utilizadas, são variadas e dependem do professor; são realizadas com um misto de ativas e tradicionais, com predominância das tradicionais; realizam algum uso da problematização e discussões do cenário de saúde atual.

Na observação das atitudes subjetivas e objetivas do cuidado ao paciente: o segundo ano realiza, durante quase 2 bimestres, atividades de educação em saúde com a comunidade, que têm um bom resultado nas aplicações; conversam com a

equipe da UBS e os professores da universidade, membros da comunidade, informantes chave; realizam observações, entrevista e convivência na APS e na comunidade durante todo o ano; realizam várias visitas pela comunidade e visitas domiciliares, demonstrando um convívio mais próximo dos pacientes e suas famílias.

Exibem atitudes respeitadas no ambiente, os estudantes são ensinados desde o primeiro dia de aula como se portar, como conversar, como proceder nos ambientes de cuidado ao paciente, de relacionamento com os profissionais de saúde, na comunidade em visitas.

4.2.3 Saúde Coletiva III

Em relação aos critérios observados e descritos em diário de campo, no 3º ano, o ambiente de ensino, nesse momento, se reduz à atuação em UBS e às aulas em salas de aula; isso se deve ao fato de que o objetivo geral da disciplina é o desenvolvimento de habilidades de atendimento e competência relacional na APS.

O relacionamento entre professores e estudantes é adequado, com abertura para dúvidas, conversas e discussões. Há uma diferença de comportamentos para cada professor da disciplina, uns se demonstram mais abertos à conversa, outros um pouco menos; alguns professores têm uma postura mais dura e séria.

O relacionamento dos estudantes com os professores é variado, em sua maioria bom, com respeito e atenção. O relacionamento é muito mais próximo com seu professor de prática, que acompanha semanalmente os estudantes nas atividades.

Entre si, os estudantes têm uma relação adequada, na maioria, com algumas dificuldades nos momentos de atendimento aos pacientes e “divisão” de tarefas durante a consulta; eventualmente ocorrem desavenças, pelo perfil próprio de cada um: mais tímido, ou mais ativo.

Os professores, na sua totalidade, médicos clínicos ou médicos de família, têm um relacionamento muito adequado com os pacientes e muito próximo; demonstram respeito, carinho e cuidado; mas existem diferenças de abordagem ao paciente, eventualmente alguns são mais duros em relação ao problema clínico

atendido. Estudantes procuram ter um bom relacionamento, estão ampliando o conhecimento em relação às técnicas do MCCP.

Entre si, os professores demonstram bom relacionamento, existem momentos de reuniões em que aparecem discussões nas decisões que precisam ser tomadas, mas são pequenas e não atrapalham o andamento da disciplina.

O relacionamento com outros profissionais e familiares dos pacientes é muito adequado, próximo, cuidadoso e respeitoso.

Ao observar a abordagem dos conteúdos, no desenvolvimento da disciplina, no 3º ano, observou-se que a humanização tem abordagem predominante, sem a presença de discurso biomédico, durante as aulas, na maior parte do tempo; os professores realizam, com os estudantes, atendimentos nas UBS e, nas aulas teóricas, trabalham relacionamento médico-paciente, MCCP, dão ênfase aos determinantes do processo saúde-doença o tempo todo, com abordagem holística própria da atenção primária.

As metodologias de ensino utilizadas são variadas e dependem do professor; são realizadas de forma expositiva, em sua maioria; utilizam recursos de criação de infográficos, “votador” online para pesquisa de opinião rápida e discussão de questões em grupo (mentimeter), discussão em grupos, uso intenso de problematização e discussões do cenário de saúde atual.

Na observação das atitudes subjetivas e objetivas do cuidado ao paciente: realizam atendimentos em atenção primária, focados na abordagem holística e desenvolvimento de um bom relacionamento com o paciente, além do desenvolvimento de raciocínio clínico voltado para a atenção primária. Sempre priorizam o cuidado integral e próximo do paciente. Têm uma abordagem mais sistematizada, trazida como bagagem dos anos anteriores, percebida pela realização da anamnese e exame físico completos e estando atentos para o “cumprimento” de todos os passos da consulta; esse comportamento é modificado, ao longo da disciplina, pelas abordagens dos professores.

Exibem atitudes respeitadas no ambiente, são ensinados desde o primeiro dia de aula como se portar, como conversar, como proceder nos ambientes de cuidado ao paciente, de relacionamento com os profissionais de saúde, na comunidade em visitas.

4.2.4 Investigações e intervenção em Saúde Coletiva

Em relação aos critérios observados e descritos em diário de campo, no 4º ano, os ambientes e cenas de ensino são reduzidos às salas de aula e a alguns espaços de pesquisa, específicos para cada tema desenvolvido pelos estudantes; isso se deve ao fato de que os estudantes têm o objetivo, nesse momento, de realizar um estudo científico na área que desejar.

O relacionamento entre professores e estudantes é adequado, mais próximo do professor que acompanha o projeto desenvolvido pelos estudantes, assim como o relacionamento dos estudantes com os professores se dá da mesma forma.

Entre si, os estudantes têm um relacionamento adequado, também exibem mais proximidade entre os estudantes das subturmas que realizam a pesquisa científica juntas. Nas aulas teóricas, observa-se participação pequena, aulas com assuntos voltado à pesquisa e metodologia científica, sem muita abertura para discussões e questionamentos entre estudantes e docentes.

Os estudantes têm atividades pautadas na organização de um trabalho científico nas aulas, sendo assim, o relacionamento, com os pacientes, depende do projeto que escolherem, em alguns casos não se relacionam com ninguém.

Entre si, os professores demonstram bom relacionamento, existem poucos momentos de atuação conjunta na disciplina.

O relacionamento com outros profissionais e familiares dos pacientes é pouco, nos trabalhos que exigem relacionamento com familiares ou profissionais, é adequado, mas são poucos os momentos de interação.

Ao observar a abordagem dos conteúdos, no desenvolvimento da disciplina, no 4º ano, observou-se que a humanização tem abordagem pequena e a presença de discurso biomédico é frequente; a maioria dos trabalhos realizados, são trabalhos de epidemiologia, focado nas especialidades médicas; alguns, realizados em ambiente de atenção primária, tem maior enfoque nos determinantes sociais da comunidade, mas em sua maioria são realizados em hospitais ou por meio de análise de sistemas de dados, sem qualquer relacionamento com o paciente.

As metodologias de ensino utilizadas são tradicionais e com discussões em grupo nas aulas práticas.

Na observação das atitudes subjetivas e objetivas do cuidado ao paciente: as aulas são baseadas nos projetos de pesquisa, então a maioria não realiza interação com o paciente; nos trabalhos que têm interação, as atitudes são de pesquisa, respeitosas, seguindo parâmetros éticos exigidos pelo CEP, mas sem tanta proximidade e sem oferecer um cuidado direto ao paciente.

Exibem atitudes respeitosas no ambiente, sem muita interação ativa.

4.2.5 Internato em Medicina de Família e Comunidade

Em relação aos critérios observados e descritos em diário de campo, no 5º ano, os ambientes e cenas de ensino se voltam à prática clínica do MFC, com atuação intensa em UBS, domicílios dos pacientes e alguns ambientes comunitários. Predispõem ao desenvolvimento de olhar ampliado e crítico, dos estudantes, em relação ao Sistema de Saúde e seu funcionamento.

O relacionamento entre professores e estudantes é muito próximo, com convívio intenso nos atendimentos nas UBS e discussões clínicas constantes; também dependem da personalidade do professor, uns são mais fechados, outros mais tímidos, outros brincam mais.

O relacionamento dos estudantes com professores também é muito próximo, com convívio diário; no quinto ano os estudantes têm um entendimento melhor do seu papel, do aprendizado, da necessidade de treinamento e discussões.

O relacionamento dos estudantes entre si é adequado, em sua maioria; também demonstram queixas de que não podem exprimir todas as suas ideias, discutir de forma mais intensa nas aulas, por receio de julgamento dos outros colegas. Algumas turmas são mais participativas, outras mais quietas.

Os professores, que na sua totalidade trabalham ou já trabalharam no sistema público de saúde, têm uma proximidade muito grande com os pacientes, conhecem suas histórias de vida, conhecem o território em que atuam, conhecem suas famílias; exibem um cuidado excelente. Os estudantes aprendem a ter um relacionamento cada vez mais próximo com o paciente e a importância disso, em observar os fatores determinantes de saúde e doença, as relações familiares e comunitárias, etc.

Entre si, os professores exibem um bom relacionamento, contam que existem momentos de reuniões em que aparecem discussões, nas decisões que precisam ser tomadas, mas são pequenas e não atrapalham o andamento da disciplina.

O relacionamento observado, com outros profissionais e familiares dos pacientes, é muito adequado, próximo e com muitas trocas entre profissional e paciente; nas atividades diárias das UBS o contato com os profissionais e os familiares é constante.

Ao observar a abordagem dos conteúdos, no desenvolvimento da disciplina, no 5º ano, observou-se que a humanização tem abordagem predominante, sem a predominância de discurso biomédico (focado apenas na fisiopatologia de doenças), durante as aulas; os professores são MFC, trabalham os princípios da APS, SUS e MFC o tempo todo; têm um olhar integral e de cuidado com o paciente e trabalham muito as habilidades do MFC e do M CCP.

As metodologias de ensino utilizadas, são variadas, realizadas com um misto de ativas e tradicionais, com uso intenso de problematização e discussões; discussões a partir de narrativas; gamificação; júri simulado; simulação, etc.

Na observação das atitudes subjetivas e objetivas do cuidado ao paciente: o quinto ano tem contato contínuo com os pacientes, nos atendimentos na UBS e treina os princípios do SUS, da APS e do MFC na prática; são treinados diariamente a oferecer cuidado integral e dedicado ao paciente, com observação de todos os fatores envolvidos no processo saúde-doença. Exibem atitude de pertencimento ao serviço, de empoderamento no cuidado aos pacientes; de respeito aos locais e pessoas.

4.2.6 Relacionamentos observados na Pesquisa-Participante

Na observação dos relacionamentos, em aulas práticas e teóricas, das disciplinas de Saúde Coletiva, foram observados: relacionamento entre professores, entre estudantes, entre professor e estudante, com os profissionais de saúde da APS e com os pacientes e familiares abordados em aulas.

O ensino de Humanização ocorre em vários momentos e vários locais, a partir da relação entre as pessoas, ao longo da graduação, com desenvolvimento das

competências ético-relacionais correspondentes a cada cenário de ensino; segundo Rios (2012b), esse aprendizado é apresentado no currículo formal e informal, através das diversas interações interpessoais. A autora relata que as relações professor-estudante são um dos principais formadores de valores, comportamentos e afetos relacionados a humanização do estudante e se dá durante a transmissão de conhecimentos e técnicas entre professor e estudante.

Turini et al. (2008), fundamenta o processo de ensino das habilidades de comunicação em três premissas: que a comunicação na consulta clínica se relaciona a melhores resultados para pacientes e médicos; que essa habilidade nem sempre é adequada e influencia nos resultados da consulta clínica; e que essa habilidade pode ser ensinada.

É perceptível, nas disciplinas do curso em estudo, uma semelhança entre os relacionamentos de professor e estudante, em cada ano do curso. Há uma preponderância de respeito e atenção, por parte dos estudantes, que depende do assunto e tipo de aula apresentado; os estudantes demonstram maior interesse e atenção por alguns temas e menor por outros, assim como, participam mais em aulas práticas, em que os grupos são menores e são avaliados segundo critério de participação. A atenção e participação em sala, também está condicionada à atitude do professor, alguns são mais próximos dos estudantes e mais abertos às discussões e questionamentos, outros são mais fechados e duros e acabam se afastando nesse relacionamento.

As atitudes dos estudantes em salas de aulas do modelo tradicional, semelhantes às do curso em estudo nessa pesquisa, são caracterizadas por obediência e submissão; existe uma hierarquia médica e de professor que prepondera nas aulas e que cria distâncias na interação professor-estudante. (FEUERWERKER; SENA, 2002; TURINI et al, 2008; Rios, 2012b)

Dentre as relações pedagógicas estudadas, Rios (2012b) define três classificações de tipos de relacionamento, que podem ser relacionados à alguns tipos citados nesse estudo: relações baseadas na onipotência do professor (presentes em algumas aulas observadas no estudo), relações baseadas na construção de vínculo (presentes na maioria das aulas práticas observadas) e relações baseadas na desqualificação dos estudantes (não foram observadas no estudo).

Uma informação importante, observada no campo, é que o relacionamento com o professor, que acompanha as aulas práticas dos estudantes, se torna muito mais estreito, com maior reconhecimento das atitudes e perfis entre professores e estudantes e maior abertura para discussões, questionamentos e observações. Além disso, é perceptível que, com o desenvolvimento do curso, o estudante se torna mais próximo do professor e apresenta maior grau de reconhecimento da importância de sua participação ativa em aula.

Rios (2012b), fala sobre como a construção de vínculos entre estudantes e pacientes, com auxílio dos professores, auxilia no reconhecimento de toda a integralidade do ser humano e que promove, pelas experiências intersubjetivas, o desenvolvimento da humanização.

Como informação interessante e que se adequa com os dados obtidos nessa pesquisa, Turini et al. (2008) e Rios (2012b) referem que esse distanciamento e objetivação das relações professor-estudante, não depende de atitudes apenas do professor, mas é construída por interesses próprios dos estudantes, para cada situação, ou aula.

Rios (2012b) também demonstra que, de acordo com o lugar que o professor ocupa, em relação ao estudante e a aceitação desse estudante, define-se para esse, a condição de sujeito ou objeto nessa relação e constrói o tipo de relação pedagógica que determina as “lições informais” apreendidas nessa relação.

Turini et al. (2008), demonstra que há preconceito, por parte dos professores, em participar, elaborar ou ministrar atividades de ensino das habilidades relacionais, porque são atividades pouco valorizadas pelos médicos e são consideradas atribuições não-médicas, relacionadas ao senso comum.

O relacionamento entre os professores é semelhante em todas as disciplinas, com maior participação e, eventualmente, alguns desentendimentos, em reuniões e decisões futuras.

O relacionamento, observado na pesquisa, entre os estudantes, é, na maior parte das disciplinas de Saúde Coletiva, adequado. É perceptível que exhibe uma característica comum, desde o primeiro ano: momentos em que apresentam um sentimento de medo do julgamento, por parte da turma; os estudantes que se interessam por temas sociais, que participam ativamente das discussões em sala, que demonstram preocupação e interesse com o Sistema de Saúde, por muitas vezes

sofrem julgamento e são oprimidos por comentários dos colegas de classe. Também exibem uma relação um pouco conflituosa nas disciplinas de atendimento prático dos pacientes, em que os estudantes mais ativos e com maior facilidade de se relacionar, sobrepõe sua atuação perante os estudantes mais tímidos.

No relacionamento com os profissionais de saúde, há a demonstração de que os estudantes estão em constante treinamento: do respeito, da atuação interprofissional, do trabalho em equipe, do modo como conversar e atuar nos serviços. As atitudes, perante os profissionais, mudam, conforme o perfil do estudante; alguns não prestavam atenção no seu entorno, realizando suas atividades em seu espaço apenas, outros interagiam de forma concreta com os outros profissionais de saúde.

Para que a humanização aconteça integralmente em todos os níveis de atuação, da educação médica à assistência prestada, é fundamental que ela seja realmente uma prioridade e uma atitude de todos, com ações interdisciplinares. É preciso desenvolver outras atitudes, como escuta ativa e qualificada, empatia, humildade, reflexão crítica e comprometimento, assim como habilidades intimamente correlatas, como as de comunicação, pois não se concebe interdisciplinaridade sem relacionamento, relacionamento sem comunicação, e comunicação sem atitudes (BINZ; MENEZES FILHO; SAUPE, 2010, p. 38).

O relacionamento com os pacientes e familiares é um dos focos da disciplina e exige treinamento e discussão constante dos professores para os estudantes; os estudantes demonstram um aumento da desenvoltura conforme os anos vão passando e se tornam mais críticos em relação ao seu papel no processo de ensino, assim como, se tornam mais próximos, mais cuidadosos e respeitosos com os pacientes e familiares. Aprendem a construir um olhar integral, nas comunidades em que atuam.

“...percebemos que a relação médico-paciente influencia direta ou indiretamente a satisfação, o estado de saúde do paciente e a qualidade dos serviços de saúde” (FERREIRA, 2012, p. 283).

Os professores demonstram uma característica importante: os que são Médicos de Família e Comunidade, ou que atuam na APS, são mais próximos dos pacientes, familiares e da equipe multidisciplinar, conhecem melhor o sistema, a comunidade, os determinantes do processo saúde-doença e demonstram uma atuação mais integral e compatível com a APS, muito perceptível nas observações.

Percebe-se, pelas citações, como o tema é presente e discutido no âmbito do ensino médico e que a busca pelo ensino mais qualificado, nas habilidades relacionais é constante, mas ainda não exhibe resposta exata do modo como deve ser ensinado, para acessar mais estudantes e professores, em relação à sua importância.

4.2.7 Abordagem dos conteúdos e metodologias de ensino

Em relação ao processo de ensino-aprendizagem das disciplinas de Saúde Coletiva, quais conteúdos desenvolvem as habilidades de Humanização em Saúde, nos estudantes, qual a intensidade da abordagem desses conteúdos, pela disciplina e quais disciplinas se afastam dessa abordagem, apresentando um discurso mais biomédico e o tipo de metodologia preponderante em cada disciplina, serão discutidos a seguir.

A presença de conteúdos, que trabalham Humanização em Saúde, é unânime; os conteúdos disciplinares reúnem a observação de determinantes do processo saúde-doença, abordagem integral do paciente, instrumentos que desenvolvem maior competência relacional, reconhecimento do território, dos princípios do SUS e da APS. Essa característica corrobora com a análise documental realizada anteriormente, que demonstrou a presença de tais conteúdos, nas ementas e Planos de ensino das disciplinas.

“Este formar a que me refiro é desenvolver no educando a autonomia, o pensar crítico e a competência para conhecer o mundo e intervir nele, transformando a sua realidade.” (TEMPSKI, 2006, p.3)

Em relação à intensidade em que os conceitos de Humanização em Saúde são trabalhados, são visíveis algumas especificidades entre as disciplinas:

- A SCI, é a que trabalha mais intensamente o tema humanização, em aulas teóricas, em aulas práticas, em trabalhos bimestrais e avaliações; também é a disciplina que utiliza, com preponderância, as Metodologias Ativas de Ensino.
- A segunda disciplina a desenvolver humanização de forma intensa nos estudantes, é o Internato de MFC, no quinto ano, que demonstra, na

atuação dos estudantes em práticas, o quanto os conceitos de humanização são trabalhados e treinados; também se utilizam das MAE de uma forma preponderante, principalmente nas aulas denominadas “oficinas”.

- A terceira disciplina, na classificação do ensino de humanização dos estudantes, é a SCII, que, com o desenvolvimento de atividades de análise e intervenções territoriais, aproxima mais os estudantes da realidade da comunidade; em alguns momentos, dependendo do assunto e do professor, o discurso biomédico se faz presente nas aulas. Os professores utilizam as MAE em algumas aulas teóricas apenas.
- Segue-se com a SCIII, em que a observação demonstrou que a humanização é trabalhada de uma forma mais sistemática, seguindo passos para construção dessa habilidade, também se observou que os estudantes, que já iniciaram o raciocínio clínico e acompanhamento das especialidades, nas outras disciplinas, têm um comportamento e raciocínio mais biomédico. Outra observação é que os estudantes atuam exclusivamente dentro dos consultórios, nesse ano, o que dificulta a observação dos fatores comunitários que se relacionam com os problemas dos pacientes, mas trazem esse conhecimento dos anos anteriores. Os professores utilizam muito pouco as MAE nas aulas teóricas.
- A última disciplina classificada no trabalho de Humanização em Saúde, é a de IISC, no quarto ano, como o trabalho da disciplina é focado na organização de um estudo científico e, esse prepondera no ambiente hospitalar e especialidades médicas, é visível o afastamento, dos estudantes, das habilidades de humanização e o pensamento se torna voltado ao biomédico. As aulas teóricas são estritamente expositivas e se relacionam aos conteúdos de metodologias da pesquisa.

É possível, nesse momento, realizar um paralelo com a análise documental demonstrada anteriormente, os documentos, planos de ensino e sistemas avaliativos, das disciplinas, mostram as mesmas características citadas nessa análise.

Percebe-se que a quantidade de assuntos, nas ementas, que desenvolvem a humanização, segue a observação apresentada. Os anos que citam, em suas

ementas, uma grande variedade de conteúdos, que envolvem o desenvolvimento da humanização em saúde nos estudantes, são o primeiro e quinto anos, assim como o observado na pesquisa. Na sequência, o segundo e terceiro anos demonstram uma quantidade menor, mas ainda presente, de conteúdos que desenvolvem a humanização, que envolvem o desenvolvimento da Competência Relacional. Por fim, o quarto ano praticamente não trabalha, em conteúdos da ementa e na observação, essas ações.

As metodologias de ensino utilizadas, observadas na pesquisa, também são relatadas na análise documental. O primeiro e o quinto anos se utilizam muito das Metodologias Ativas de Ensino; o segundo e quarto anos, se utilizam menos, eventualmente; o quarto ano utiliza somente a metodologia tradicional.

Ainda que a necessidade do ensino da humanização em saúde seja real, sua implementação ainda se percebe muito falha e desvalorizada nos cursos de medicina, por professores e estudantes que se voltam ao biológico e técnico como habilidades necessárias ao médico em formação, em detrimento de outras habilidades. Feuerwerker e Sena (2002), Turini, et al. (2008), Rios (2010), Binz, Menezes Filho e Saupe (2010) e Amore Filho, Dias e Toledo Jr (2018), comentaram sobre esses dados e perceberam, durante suas pesquisas, que os estudantes, professores e IES imprimem valores diferenciados às disciplinas ditas “duras”, de caráter biológico, técnico e científico e resistem muito ao ensino da humanização, visto como habilidades gerais do ser humano e não próprio da prática clínica.

FIGURA 1 - Atitudes subjetivas e objetivas de cuidado ao paciente



Fonte: a autora (2018)

As atitudes subjetivas e objetivas de cuidado ao paciente foram analisadas e representadas na Figura 1, para cada disciplina de Saúde Coletiva. O que se observou foi uma preponderância de conteúdos, em suas ementas, que trabalham os determinantes do processo saúde-doença, a visão e abordagem integral do paciente, o reconhecimento e atuação comunitários e o aprimoramento da relação médico-paciente nas disciplinas SCI, SCII, SCIII e IMFC, que predispõe ao treinamento e desenvolvimento do estudante na abordagem de qualidade ao paciente; as atitudes observadas em todas as disciplinas foram de um cuidado especializado e centrado no paciente.

No quarto ano, na disciplina de IISC, a percepção de cuidado foi diferente, o distanciamento dos pacientes é mais presente, relacionado ao objetivo disciplinar de pesquisa científica, mas, quando a interação com o paciente se fazia necessária, os princípios éticos das pesquisas moldavam o comportamento dos estudantes.

Transformar a conduta atual em cuidado interativo requer o estabelecimento de uma relação participativa, praticada na perspectiva da integralidade, que

centra o cuidado no ser humano em sua complexidade histórica, insere a subjetividade, compreende as diferenças, incorpora os princípios éticos, valoriza a comunicação dialogada e promove a autonomia (GOMES et. al, 2012, p. 435).

Turini et al. (2008) discorre sobre o tema do relacionamento médico-paciente e demonstra a ineficiência da medicina atual, em envolver as necessidades dos pacientes e ampliar sua visão para além do biológico. Descreve as insatisfações dos pacientes nas consultas clínicas, devidas à má comunicação do profissional e não observação das questões subjetivas do cuidar. Em seu estudo, define a importância do ensino dessa habilidade como forma de melhorar os resultados alcançados nas consultas médicas. Isso demonstra a validade das disciplinas estudadas, no 3º e 5º anos, trabalharem essas relações.

A empatia surge como uma habilidade relacional bastante comentada, pelos estudantes, no estudo de Rios (2016), quando ela os questiona sobre o que é Humanização em Saúde. A autora comenta que, apesar dos relatos trazerem dados de familiaridade com conceito de humanização, a insegurança entre os estudantes é frequente. Os estudantes referem, no estudo, que as abordagens de cuidado subjetivo aos pacientes e de comunicação estão presentes em poucas disciplinas e distantes nas mais gerais. Na IES estudada, o trabalho da empatia esteve presente na maioria das disciplinas, com destaque para o 1º, 2º, 3º e 5º anos.

Ferreira et. al (2014), comenta sobre o relacionamento médico-paciente em consulta e as habilidades do médico que se distanciam do paciente e de sua história de vida, principalmente, pelo modo histórico da construção do método clínico tradicional não atento à subjetividade, com uso de uma construção de diagnósticos diferenciais puramente por sinais e sintomas relacionados a uma doença descrita nos livros de medicina, que foi seguida por uma onda de insatisfações e críticas em relação ao cuidado com as necessidades dos pacientes. Para contrapor essa característica, o 3º e 5º anos trabalham, a partir do MCCP, a aproximação com o paciente.

Feuerwerker e Sena (2002), Komatsu (2003), Ayres et al. (2013), Bittar (2013), Almeida (2013) analisam as práticas profissionais e o ensino médico e a necessidade da inclusão de discussões do campo social, político, econômico, ambiental das populações, na formação dos estudantes. A subjetividade das consultas clínicas depende da análise desses fatores do processo saúde doença e imprime resultados

superiores às consultas clínicas. Por esse motivo, o 1º e 2º anos realizam estudos constantes sobre os determinantes do processo saúde-doença.

Fica exposta, dessa forma, a necessidade de um ensino médico voltado a essas subjetividades, ao olhar e atitudes integrais do estudante e profissional, na busca de mudanças e melhoria dos resultados na prática clínica.

4.3 ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

O perfil dos participantes entrevistados foi, dentre os estudantes, 2 representantes de cada ano (1º ao 5º), 4 do sexo masculino e 6 do sexo feminino, com idades entre 18 e 24 anos; dentre os professores, 1 representante de cada ano (1º ao 5º), todas do sexo feminino, com idade entre 30 e 65 anos.

Retomando as etapas de análise, segundo Bardin (2016), seguiram-se as três etapas exigidas no processo.

Na primeira fase, realizou-se a transcrição das 15 entrevistas na íntegra, pela pesquisadora, com a leitura flutuante inicial e a primeira detecção de conteúdos ligados à questão de pesquisa. Na segunda fase, a exploração do material, definiu as Unidades de Contexto, após a leitura das Unidades de Registro e identificação das Unidades de Significação das entrevistas. Na terceira fase, o material categorizado foi analisado e correlacionado à literatura, ampliando a interpretação dos resultados obtidos e aprofundando a discussão do trabalho.

Com a intensa leitura e releitura das entrevistas, foi possível apreender as representações temáticas, na fala dos participantes da pesquisa, essas representações foram codificadas e reunidas em **Unidades de Significação**, interpretadas a partir de recortes das falas, reunidas em **Unidades de Registro**. As unidades de significação, ainda foram categorizadas em grupos maiores de temas gerais da pesquisa, as **Unidades de Contexto**. (QUADRO 3)

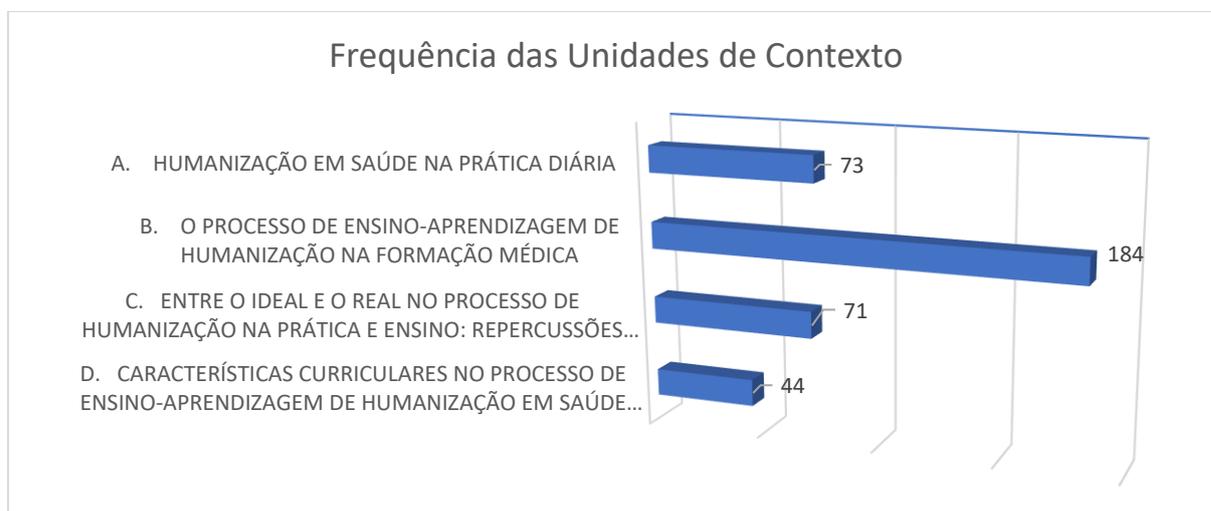
QUADRO 3 - Unidades de Contexto e Unidades de Significação

Temática - UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Categorização - UNIDADES DE CONTEXTO
a) Concepção de humanização b) Conceituando humanização	A. HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE NA PRÁTICA DIÁRIA
a) Aquisição de habilidades de humanização no processo de ensino e aprendizagem b) Integração curricular interdisciplinar potencializa o ensino da humanização c) Vivência do Método Clínico Centrado na Pessoa d) Intervenções na comunidade pela educação em saúde e) A incorporação de artes e cultura na aquisição de habilidades de humanização f) A extensão como pilar para fortalecer a humanização g) Estratégias ativas de ensino e aprendizagem para integração teórico-prática h) Experiências positivas e negativas no aprendizado de humanização na prática	B. O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DE HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA
a) Os conteúdos de humanização são superados pelos conteúdos das especialidades b) Preocupações futuras com o exercício profissional c) Diferenças intergeracionais influenciam o desenvolvimento das habilidades de humanização d) Sentimentos que os estudantes revelam: encontro do eu pessoal e eu profissional	C. ENTRE O IDEAL E O REAL NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA E ENSINO: REPERCUSSÕES NA IDENTIDADE PROFISSIONAL
a) Proposta do Projeto Pedagógico de Curso no currículo b) Formação do preceptor/ modelo	D. CARACTERÍSTICAS CURRICULARES NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Fonte: A autora, 2018.

Também foi possível observar a frequência com que as Unidades de Contexto apareceram nas entrevistas, confirmando a importância do tema, conforme a fala de cada entrevistado. (FIGURA 2)_[MM3]

Figura 2 - Frequência das Unidades de Contexto



Fonte: A autora, 2018

Com a leitura exaustiva das entrevistas e a apreensão das Unidades de Significação e posterior categorização nas Unidades de Contexto, foi possível realizar paralelos entre os discursos de professores e estudantes e verificar sua validação e repetição de temas, na literatura; a análise será discutida a partir das Unidades de Contexto que contém os temas gerais dos conteúdos das entrevistas, seguidas das Unidades de Significação de cada tema e, serão exemplificadas, por recortes das falas dos participantes entrevistados, as Unidades de Registro.

As falas dos professores serão representadas pela letra P seguida do ano em que lecionam; as falas dos estudantes serão representadas pela letra E, seguida do ano em que estudam, acrescidas letras a e b para os 2 estudantes de cada ano.

a) HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE NA PRÁTICA DIÁRIA

a) Concepção de humanização

O discurso dos professores e estudantes, como um todo, remete à importância do resgate da humanização em saúde; foi unanimidade, de concepções,

a importância de ter atitudes que desenvolvam a humanização em todo e qualquer atendimento. As falas traduzem a percepção e a necessidade da sociedade, por um atendimento mais humanizado e descrevem que, durante as modificações do mundo e da sociedade, as atitudes humanizadas foram se perdendo.

Eu acho que é um tema bastante importante a ser discutido, porque é um tema que a gente, a gente e a comunidade sente falta... É uma demanda social atualmente. (P.1)

... Eu vejo que é realmente necessária, pois... Mesmo dentro da faculdade não existe mais essa, essa humanização... (E.2b)

Não há saúde sem humanização, principalmente se considerarmos a forma como a saúde é abordada na constituição brasileira. O ensino da humanização em saúde acaba sendo uma estratégia de reafirmar a saúde enquanto direito garantido. (E.5a)

Para mim, a medicina se trata de cuidar de pessoas e não tratar doenças. O mundo precisa de mais humanização e a medicina também. (P.3)

eu acho que cada paciente tem uma demanda diferente, sobre como seria seu atendimento ideal... e aí então, cabe ao profissional de saúde identificar essas demandas e agir da maneira mais adequada possível. (E.5b)

Esse tema é discutido com intensa frequência, nos dias atuais, no campo prático dos atendimentos e na literatura, já sendo discutido anteriormente, nesta pesquisa, demonstrando a importância desse achado nos discursos dos entrevistados.

“Em parte, a história da medicina caminhou no sentido da priorização das doenças e seu processo diagnóstico em detrimento da pessoa que sofre o padecimento” (FERREIRA et. al, 2014, p. 284).

Destacam-se, na história, três aspectos que contribuíram para o desenvolvimento do perfil do profissional médico atual: o paradigma biomédico, a formação tecnicista e o determinismo econômico e que com esses, os determinantes do processo saúde-doença, envolvidos, foram deixados de lado (GOMES et al., 2012).

Uma fala interessante, em entrevista, pelo modo coloquial do estudante e densa em conteúdo, demonstra a intensa frequência de discussão do assunto, corroborando com a importância de refletir sobre o tema, principalmente na universidade e nos cursos de medicina. O estudante define o assunto - Humanização em Saúde - como “moda” nos dias atuais. Ainda traz motivos pelos quais a discussão se faz tão presente; esses motivos serão discutidos mais à frente.

Benevides e Passos (2002), falam sobre o tema como “modismo atual” e revisam a evolução da Humanização em Saúde como tema de Políticas Públicas e do ensino médico, ao longo dos anos.

eu vou percebendo também, que hoje, no curso de medicina, não só na minha universidade mas, é muito discutido né, porque querendo ou não, é moda hoje falar de humanização, pela “n” quantidades de faculdades de medicina que abriram, e por toda essa discussão de concorrência na medicina e que muitos vão pelo dinheiro (E.1a)

Rios (2012a) fala sobre o tema Humanização em Saúde e a necessidade de seu resgate por meio do ensino, demonstrando a importância de ser analisada como um objetivo educacional. A autora descreve a Humanização em Saúde como diretriz curricular exigida nos cursos de medicina, com o propósito de desenvolver a aquisição de conhecimentos e habilidades de comunicação, relacionamento e desenvolvimento de comportamento adequado às boas práticas profissionais do médico.

Amore Filho, Dias e Toledo Jr (2018) e Binz , Menezes Filho e Saupe (2010) demonstram que a falta de humanização profissional se deve a formação dos estudantes, em que as escolas médicas privilegiam os aspectos científicos e objetivos no ensino e que essa é uma preocupação atual e presente no ensino médico, como exigência da busca de uma assistência integral, mais humanizada e de qualidade.

Nas entrevistas, demonstrou-se a necessidade de que a humanização seja trabalhada nas universidades, nos cursos de medicina, intensamente, para que a atuação profissional dos médicos seja modificada a partir da base, evitando o tecnicismo, melhorando a conexão médico-paciente.

Eu acho que... Como qualquer matéria a humanização também tem que ser ensinada, ela também tem que ter uma atenção especial durante a formação médica, porque se não tiver, a gente vai acabar médicos principalmente técnicos, que não conseguem se conectar com um paciente. (E.4a)

se não tiver esse ensino, a gente corre o risco de os estudantes, eles não desenvolverem a humanidade médica né, a gente corre o risco de criar profissionais, extremamente... Limitados, no ponto de vista assim... De conexão.. E a verdade, é que a empatia se ensina nas escolas sim, de medicina (E.4a)

Pensar a humanização num processo educacional, traz a possibilidade de expandir a visão do estudante para espaços dos quais ele/ela necessitarão entender, mas nunca tiveram contato (E.5a)

Não sei dizer em que medida isso ocorrerá. Mas é na escola médica que isso não pode faltar, pois é ali que se instrumenta para além das condições

técnicas, para os valores de vida. E se não for na universidade, no berço da formação que essas sementes sejam cultivadas (para quem já as tem) ou semeadas, para que é mais pragmático, onde mais?!? A escola da vida será mais dura e difícil. (P.5)

Uma das interpretações, igualmente preponderantes nos discursos, emerge do sentimento dos entrevistados, em relação à humanização das práticas relacionais da sociedade atual, ou à falta dessa. Tanto estudantes, quanto professores, traduzem suas concepções em relação ao tema, como “tristeza”; tristeza por precisar discutir um tema que deveria ser próprio do ser humano; tristeza por discutir um tema que deveria ser o objetivo do atendimento médico; tristeza por discutir um tema que se perdeu ao longo dos anos.

é um pouco triste a gente saber que a gente tem que, ainda reivindicar por coisas tão básicas... coisas tão cruciais, coisas que já são inerentes ao que se espera do ser humano (E.1b)

o primeiro sentimento que me vêm é... Que pena, né... Que pena que isso é algo que tenha que ser ensinado e não é algo natural, de alguém que... Busque essa profissão né, de ser médico, de cuidar, de servir o outro, tem que ser ensinado a ser humano (P.1)

Binz, Menezes Filho e Saupe (2010, p.30) concordando com a fala, contida nas entrevistas, de humanização para humanos, relatam que, “por definição, humanizar seria tornar-se humano, benévolo, afável e tratável, civilizar-se, fazer adquirir hábitos sociais e polidos.” Características que deveriam ser inerentes ao ser humano. O autor confirma que as tendências de crescimento tecnológico, modernização, exigências de mercado, modificaram a atuação dos profissionais, que se afastaram dos fundamentos humanísticos da medicina e se viram despreparados para lidar com as dimensões subjetivas dos pacientes.

Outra forma de apresentação desse sentimento nas entrevistas, que envolve a humanização na educação, foi citada por um “estranhamento” por parte dos entrevistados.

Apesar de cientes em relação à necessidade e à importância, os entrevistados sentem estranhamento, em discutir o tema humanização, que deveria estar tão presente na base dos princípios do ser humano.

Bom, de início, é... Meio louco pensar sobre isso, sobre humanização em saúde quando... Nós, como humano, a gente tem que pensar em

humanização como se não fosse uma coisa natural... Não fosse inato... E... Era o que eu pensava pra medicina. (E.3b)

então, isso me assusta saber que essa pessoa terá... Que essa pessoa será minha colega de profissão... Até porque... Mais do que isso, me preocupa com os pacientes assim, desse médico, porque ele não tão seguindo.... um... Caminho que não deveria nem ser... nem pensar que existiria... falta de empatia. (E.2b)

Eu não sei em qual momento a medicina foi seguindo esse caminho, de perder a humanização, de perder o tato... A idéia de humanizar algo, que é essencialmente humano, gera em mim, de imediato, um desconforto, um estranhamento... Remete uma idéia paradoxal e até.. inconcebível! (E.2a)

Um estudante citou a rehumanização como o termo que deveria ser utilizado mais corretamente, já que estamos falando de atitudes próprias do ser humano.

Acredito que o termo mais interessante, seria rehumanização, se pensarmos que somos humanos e construímos esse processo de saúde, então precisamos resgatar a humanidade que já está contida nesse processo...Mas que foi deturpada. (E.5a)

Em relação à opinião exposta pelos estudantes, sobre todas as questões de “desumanização” e “rehumanização” e necessidade de mudança de um processo que já é enraizado socialmente, a literatura traz complementações. Feuerwerker (2002a, 2002b), Komatsu (2003), Gomes et al. (2011), Amorim (2015), Amore Filho, Dias e Toledo Jr (2018) definem que a desumanização é atribuída às escolas de medicina, que privilegiam conteúdos biológicos, técnicos e científicos em detrimento do estudo dos determinantes do processo saúde doença, da subjetividade do ser-humano, da competência relacional nas consultas clínicas e que rehumanizar é necessário.

Os objetivos de propor a humanização como tema a ser ensinado, continuamente, também emergem nos discursos, de diferentes maneiras, dentro das concepções de cada entrevistado.

Na literatura, a discussão do ensino de humanização é citada por Rios (2012a), com o objetivo de criar capacidade de desenvolver, nos atendimentos, a clínica, mantendo a relação dos aspectos biotecnológicos, aliados a valores, direitos e deveres para cada situação; também cita que, se espera do estudante e futuro profissional, o domínio das técnicas de comunicação e a interação com os pacientes, relacionadas ao cuidado.

Para que os princípios do SUS sejam cumpridos, pra que esteja em toda política pública. (E.1a)

se é utópico ou não, eu não sei dizer, mas eu quero muito acreditar que conseguimos sim, redesenhar o tato humano no profissional de saúde, médica e que esse possa tratar o paciente como um semelhante, como alguém que está lá, num momento de carência, necessidade (E.2a)

Buscar o ser humano em formação, o estudante de medicina, para que ele exerça sobre outro ser humano, o paciente em sofrimento, cuidados que incluam para além da competência técnica, atitudes de respeito, dignidade e cuidados integrais, considerando preceitos éticos e de valores. (P.5)

Os entrevistados, adicionalmente, na mesma Unidade de Significação, citam, numa análise crítica do perfil da sociedade, algumas causas para a perda da humanização na medicina e no ensino; causas, essas, importantes de serem citadas e discutidas pela literatura.

Gomes et al. (2011) confirmam o ponto de vista, apreendido nas entrevistas, e afirmam que humanizar as relações profissional-paciente não basta para que ocorra uma mudança no ato de cuidar e uma mudança social adequada; é necessário modificar os determinantes sociais que influenciam no contexto das consultas e atendimentos, é necessária uma reestruturação social e econômica do país, para que as atitudes profissionais façam diferença.

Mas isso, tem como causa, o padrão que a gente vê nas universidades: são estudantes brancos e ricos, que futuramente não vão servir à sociedade, vão servir pessoas brancas e ricas. Então, na verdade, essa humanização também tem que refletir uma desalienização dos estudantes e um ensino político. (E.1b)

Pensar a humanização é essencial para a atuação profissional, entretanto, reforço enquanto não entendermos e combatermos os processos de desumanização, os atos humanizados se tornam paliativos, pontuais, mas ainda assim necessários num contexto de controle de danos e até na construção de um movimento contra hegemônico. (E.5a)

Gomes et al. (2011) fazem uma revisão literária importante, na tentativa de, também, buscar respostas para a “desumanização”, que inicia nos séculos XIX e XX, com a multiplicação de especialidades, mudanças nos modos de organização e financiamentos da saúde, os grandes avanços tecnológicos, a mercantilização e massificação do cuidado ao paciente.

Os autores mantêm a discussão no tema, dividindo os problemas da humanização nas práticas clínicas em três aspectos principais: o paradigma

cientificista, que trouxe o tecnicismo e a especialização; a formação profissional, priorizando a Biologia, Anatomia e Fisiologia, em detrimento das ciências do saber artístico-cultural; e o impacto dos interesses econômicos, que colocou preço nas relações de cuidado profissionais. (GOMES et al., 2011)

E como finalização da análise dessas significações de concepções dos entrevistados, prevalecem, nas transcrições, a dificuldade em modificar padrões “desumanos”, já muito estabelecidos e incorporados pelas pessoas e intensamente presentes nos atendimentos e no ensino médico.

Eu acredito sim, que isso é possível, porém eu acho que isso é uma coisa realmente difícil, não é fácil você mudar isso... (E.2b)

nesse ponto do curso, no terceiro ano, todo mundo sabe escrever, se tivesse que definir humanização, o que é, mas na hora de entender, na hora de ir na UBS e fazer um atendimento humanizado, desenvolver o método clínico centrado na pessoa, só alguns estudantes aqui, conseguem entender realmente o que significa. (E.3a)

Não existe um fluxograma que você... De como se tornar um médico humanizado, que você lê o fluxograma agora, e se torna um médico humanizado, isso, funciona para tratar doenças né, não pra ser um médico humanizado, então é uma coisa que a gente tem que acreditar de verdade, que tem que ter uma sementinha plantada assim, né. (E.4b)

A humanização em saúde é um aprendizado contínuo... É... Ela é difícil mesmo, é uma coisa que a gente tem que fazer todo dia, é uma coisa que a gente tem que colocar em prática, senão ela não acontece, é uma coisa que a gente tem que né, se esforçar a lembrar disso. (E.4b)

Na literatura, também são presentes as discussões que confirmam a dificuldade em alcançar os padrões de cuidado humanizado, pré-estabelecidos, anteriormente ao século XIX. Binz, Menezes Filho e Saupe (2010) falam sobre a complexidade do processo de humanização e que esse, exige mudanças de comportamento que envolvem as IES e serviços de saúde e conhecimento de todas as partes envolvidas no processo, desde profissionais, gestores, estudantes e docentes.

b) Conceitos de humanização

No seguimento da entrevista e discussão do tema, os entrevistados demonstraram várias conceituações de Humanização em Saúde, reafirmando que o

tema é amplo e subjetivo e que necessita ser analisado em relação a cada ambiente de relacionamento dos seres humanos, com particularidades próprias, do ambiente, da sociedade, dos valores.

Com preponderância, a conceituação de humanização envolveu o conhecimento dos determinantes biopsicossociais, ambientais e espirituais de saúde e doença.

sempre ensinou a gente sobre humanização, a gente tá aprendendo sobre os determinantes de saúde e doença, todos os fatores biopsicossociais que interferem e inclusive, propiciam a doença. (E.1b)

saber que o paciente, ele tá muito além do que o corpo dele tá demonstrando, o paciente, ele, tem preocupações, o paciente ele precisa seguir, tipo... Tem um problema em casa que é muito maior do que ele pode enfrentar, então... Eu acho que isso que é importante. (E.2b)

um paciente veio renovar a receita de hipertensão... A hipertensão dele tava toda... Toda descompensada e... Isso foi a primeira consulta e depois de atender ele várias vezes, eu consegui entender que a hipertensão dele era só... Uma manifestação orgânica do que tava acontecendo na vida dele, então ele tinha vários problemas: familiar, financeiro, ele tinha transtorno psiquiátrico e que era coisas que influenciam no modo dele... né, influenciam ele e o modo de desenvolver a hipertensão e que a gente só conseguiria manejar essa doença, conseguindo abordar as outras coisas da vida dele... para mim isso é humanização! E foi aí que eu percebi que eu tinha entendido realmente o que as professoras tanto falavam e conceituavam nas aulas teóricas. (E.3a)

Na literatura observa-se uma grande quantidade de autores discutindo o assunto e reafirmando a necessidade da mudança de olhar dos profissionais médicos. Feuerwerker e Sena (2002), Komatsu (2003), Binz, Menezes Filho e Saupe (2010), Gomes et al. (2011) e Almeida (2013), referem que deve haver uma revolução na formação de todos os profissionais de saúde, na busca de mudanças de atitudes profissionais e construção de uma visão ampliada do homem e da sociedade.

Os autores Binz, Menezes Filho e Saupe (2010), também remetem aos determinantes de saúde da população, para resgatar a visão holística dos profissionais, com revalorização das variantes sociais, culturais, éticas e humanas do processo saúde doença das pessoas e comunidades, aproximando o cuidado às necessidades reais da população.

Como conceitos de humanização incluídos, pelos entrevistados, também, foi perceptível, um montante de citações que envolvia a empatia; os discursos demonstram como a empatia auxilia na humanização, a partir do momento em que

você se coloca no lugar do outro e pode visualizar melhor as dificuldades que o outro passa, melhorando sua relação interpessoal e auxílios que pode oferecer à pessoa.

E a humanização é muito mais, mas eu acredito que junto da humanização ande a empatia, né, muito tem se falado da empatia, em diversas áreas, que ela é a capacidade de você compreender exatamente o que pensa, o que sente a outra pessoa... (P.2)

ela é sim, uma habilidade, que a gente tem que entender as intenções, os valores e os princípios do outro, no caso, do nosso paciente... De entender realmente quem é esse meu paciente, e aí eu consigo ter uma interação social; se eu não for uma pessoa humana, se eu não for uma pessoa empática, a interação não vai acontecer. (P.2)

a humanização, ela também ensina a gente a ter bastante empatia, ter bastante atenção e cuidado com a pessoa sabe, algo que não se aprende assim... (E.4a)

O tema empatia é muito discutido na literatura, como uma das formas de alcançar a humanização dos atendimentos clínicos. Amore Filho, Dias e Toledo Jr (2018), em sua pesquisa, citam que, dentre os atributos do humanismo, resultados da revisão de artigos, o mais presente foi a empatia. Os autores perceberam que alguns estudos demonstram que a empatia do estudante decresce, conforme o avanço de seus estudos, o que afeta a humanização da assistência praticada.

São definidos, pelos autores Amore Filho, Dias e Toledo Jr (2018), alguns motivos para o declínio da empatia nos estudantes de medicina: estresse e sobrecarga com o curso, que acarretam perda de qualidade de vida e esgotamento emocional; falta de atenção a esses aspectos nos próprios cursos de graduação, interações negativas entre professor-estudante e ambientes de trabalho inadequados.

Outra conceituação presente nas transcrições, demonstra o cuidado ao paciente como fator primordial nas relações profissionais e no alcance do atendimento adequado ao paciente. Esse cuidado precisa ser constantemente aprimorado e percebido pelo profissional e pelo paciente que se submete a ele. Gomes et al. (2011), nesse tema, fala de a necessidade dos profissionais de saúde aprimorarem três competências: técnica - que envolve a formação profissional, narrativa - que envolve a capacidade de escutar e valorizar a subjetividade das pessoas e relacional - para criar vínculos reais com o paciente e fugir de uma relação apenas comercial.

As falas dos entrevistados também representam essa busca do cuidado centrado no paciente, pautada numa relação médico-paciente aberta e munida de

trocas, com percepção holística dos problemas envolvidos na questão de saúde e doença.

E a outra pessoa, vai ter, daí sim, ela vai se sentir acolhida, ela vai se sentir reconhecida, ela vai se sentir compreendida, vai ser escutada pelo paciente de uma forma muito mais verdadeira... Ela vai sentir a verdade em você. (P.2)

Você não tá lá para tratar só a doença, você tá lá para acolher o paciente, para cuidar e nesse sentido você acaba promovendo saúde também, então é muito mais,... Eu acho que você amplia a medicina, o atendimento se torna muito mais eficaz. (E.3a)

No contexto de - o que é saúde? - eu acredito que provavelmente essa resposta vai variar muito com o tempo, sabe já debati, já cheguei em várias respostas do que é saúde pra mim... Hoje eu consigo conceituar saúde como oferecer cuidado, sabe, oferecer cuidado quanto profissional, oferecer cuidado quanto pessoa e seja oferecer cuidado pra mim mesmo, mas é isso que tem.... guiado meu processo de formação durante esses três anos. (E.3a)

Na finalização das conceituações exemplificadas pelos estudantes e professores, a relação médico-paciente toma destaque, como necessidade de ser constantemente melhorada na prática médica e ensinada nos cursos de medicina, como forma de melhorar a humanização dos atendimentos. Turini et al. (2008) e Gomes et al. (2011) descrevem a relação médico-paciente com um dos fatores mais relevantes para o sucesso terapêutico, já que é capaz de promover melhorias no sofrimento dos pacientes e transformar o cuidador. Isso demonstra o porquê de a Competência Relacional ser uma habilidade exigida no processo de ensino-aprendizagem dos cursos, segundo as DCNs.

a relação médico-paciente ficou muito prejudicada, valorizando muito a doença, então buscando muito mais sinais e sintomas. (P.2)

E, essa relação médico-paciente, acredito que seja muito baseada no sinergismo e numa empatia e isso, trabalhando e praticando muito, na atuação médica diária. (P.2)

Por fim, estudantes e professores citam a dificuldade em mudar o pensamento hegemônico do estudante de medicina, mais focado no biológico, nos atendimentos clínicos e na medicina hospitalar. Essa dificuldade de mudança para um olhar integral e atuante no processo saúde-doença do paciente e da comunidade. A dificuldade de incluir a totalidade dos estudantes nesse pensamento e atitudes.

Balbi, Lins e Menezes (2017) atestam que, apesar da tendência mundial, ainda não existe um consenso entre estudantes, docentes, ou especialista sobre a

melhor forma de incluir o ensino das humanidades na graduação em saúde; não existe um modelo ideal, curricular, ou extracurricular para tal. Souza, Gallian e Maciel (2012) relatam que a proposta curricular influencia a aceitação do estudante e revelam que os estudantes tendem a considerar... importantes apenas aquelas aulas que... veem como sendo diretamente relevantes para o trabalho de ser médico.

o ensino da matéria parece não atingir os estudantes, por mais que os professores tentem, tentem todos os anos, tem sempre reclamação, de que tentam abordagem diferente, de todos os estudantes reclamam, que acham a matéria um saco... (E.2a)

então eu acho que a gente tá construindo algo que, quem sabe leve dezenas ou centenas de anos pra ser encontrado, porque vem muito da mudança de cultura né. (P.1)

na aula prática, eu acho muito difícil dizer, como trazer pra prática médica assim, pra daqui a 5 anos, a gente continuar resolvendo. (E.2b)

Percebe-se, portanto, como os docentes e discentes da IES em estudo, relatam a importância da inclusão do ensino de humanização em saúde nas ementas dos Cursos de medicina, como um todo, a fim de modificar o padrão de cuidado profissional vivenciado até então, assim como a literatura confirma tal posição.

Correlacionando com a análise documental, anterior, os conceitos definidos para a humanização em saúde se fazem presentes nas ementas das disciplinas de Saúde Coletiva do Curso em estudo, ainda que em proporções diferenciadas em cada ano, mas percorrendo os 5 primeiros anos de aprendizado. Na observação-participante, também foi perceptível a presença dos conteúdos citados, demonstrando que a prática traduz a ementa e os objetivos de ensino-aprendizagem para as disciplinas.

B. O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DE HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA

- a) Aquisição de habilidades de humanização no processo de ensino e aprendizagem

Uma das questões importantes na entrevista, teve enfoque na educação. Os entrevistados foram questionados em relação à qual metodologia de ensino era mais adequada à aquisição de habilidades de humanização pelos estudantes.

“Defende-se que a educação deve ser organizada em torno de quatro pilares fundamentais: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser” (BINZ, Menezes Filho e Saupe 2010, pg. 31).

A literatura fala muito sobre as práticas e metodologias relevantes no ensino da prática profissional médica. Binz, Menezes Filho e Saupe (2010) cita que revalorizar as humanidades no ensino médico propicia na construção do conhecimento crítico, da reflexão, do aprimoramento de vínculos profissionais, de um maior conhecimento das comunidades e de uma melhora na assistência como um todo. Para isso, a reconstrução de cenários que inserem o aluno em ambientes reais, aumenta o grau de efetividade na busca por esse olhar ampliado e humanizado.

Rios (2010, 2012a, 2016), comenta sobre a importância de inserir a humanização nos cenários de ensino das IES, para que os estudantes façam ações efetivas e que envolvam o conhecimento ampliado do ser-humano.

Turini et al. (2008) comenta que “[...] a postura positivista da visão objetiva da doença está sendo substituída por uma nova medicina subjetiva” e que essas habilidades podem e devem ser ensinadas nas escolas de medicina.

Alguns temas emergiram desse questionamento, mas com uma prevalência importante, os estudantes, primeiramente, citam as vivências nas comunidades, em aulas práticas, como metodologias mais efetivas no desenvolvimento do olhar humano. Citam a modificação desse olhar quando vivenciam a realidade social dos pacientes, citam a importância de conhecer diferentes pontos da rede de atenção à saúde ampliando seu conhecimento, vivência e sentimentos experienciados, citam como é importante a atuação prática, para significação desses conceitos.

Todas as matérias de SC priorizam humanização, primeiro porque a gente faz bastante visitas domiciliares, a gente vai na UBS, a gente vai na UPA, no CRAS, e aí a gente conhece pessoas de realidades diferentes das nossas, então daí a gente começa a ver como a gente é privilegiado e a necessidade da gente saber dar voz para essas pessoas... (E.1b)

essas metodologias de visitas, de choque de realidade, desperta na gente o nosso sentimento de mudança. (E.1b)

Eu acredito que a metodologia que deva ser usada é uma mais prática, pois a maioria dos estudantes que ingressam no curso, nunca usaram o SUS e não possuem ideia de como eles funcionam, ou a forma como os pacientes são tratados nas atenções à saúde, desde primária até nos hospitais. Mas eu não acho que os estudantes devam ser só como telespectadores, como é feito... talvez uma prática mais ativa, usando projetos sociais - médico na rua, rango na rua - pra fazer o estudante entender a bolha social que está inserido... (E.2a)

Os estudantes contam que as visitas e vivências são muito chocantes em alguns momentos e, esse tema, divide um pouco as opiniões: há estudantes que gostam muito dessas experiências e acreditam e visualizam as modificações de atitudes suas e de seus colegas.

mas eu sei dizer muito bem como as professoras mexeram com nós, tiraram nosso senso de conforto... Principalmente no ano passado, nas visitas domiciliares, que a gente fez em bairros mais pobres (E.2b)

nessas visitas a gente via uma realidade que não tá embaixo do nosso nariz, que a gente não tá acostumado e que provavelmente com isso que a gente vai lidar com o futuro, então as visitas domiciliares foi o que mais me marcou assim (E.2b)

No primeiro ano a gente acompanhava mais a visitas domiciliares, o que é incrível! Porque a gente tava lá, na casa do paciente, vendo a realidade e entendendo as coisas como... É... Aquela pessoa lidava com a doença, é... Entendendo como era a relação dela com a família, entendendo em que situação socioeconômica aquela pessoa vive. (E.3b)

Se a gente não for lá, realmente atender as pessoas carentes, se agente não for lá nas comunidades, que tem, que tem muitos problemas sociais, a gente não consegue desenvolver essa humanização, essa é minha opinião. (E.4a)

Nessa divisão de opiniões, outros estudantes, referem que acham as vivências das realidades sociais, em comunidades, um pouco exagerado e que talvez, “assustar” os estudantes não seja o melhor caminho.

as vezes a aula de Saúde Coletiva, não sei se é por minha realidade, mas as vezes parece que os professores querem nos assustar, do que a gente veio ver na UBS, do que a gente vai ver no SUS e a realidade nem sempre é essa. É claro que a realidade no nosso país é muito difícil, existem "n" pessoas com situações muito complexas, mas a gente tem que aprender a trabalhar com isso e precisa de caminhos concretos para trabalhar com isso. (E.1a)

Percebe-se, na fala, que o estudante sente que precisa de uma atitude mais concreta, em encontrar soluções para trabalhar nesse caminho e não apenas visualizar as realidades e se assustarem com ela. Binz, Menezes Filho e Saupe (2010) comentam que o estudante não pode ser um mero reservatório de conteúdos, mas

que podem, a partir desses conhecimentos, serem sujeitos ativos na assistência, contribuindo com a produção de saúde nos serviços, desde o início da graduação, adaptado a cada competência necessária de ser desenvolvida, em cada ano. Turini et al. (2008) afirma sobre a importância de as habilidades de competência relacional serem ensinadas, em ambiente prático de ensino, para que o estudante perceba a amplitude de avaliação e atuação que a prática clínica envolve.

Feuerwerker (2002b) e Komatsu (2003), discorrem sobre o ensino médico e as mudanças necessárias para que o estudante alcance um aprendizado voltado à comunidade, que envolve a participação ativa, desde os primeiros anos, nos ambientes de ensino de Atenção Primária em Saúde, comunidades e residências dos pacientes, para ampliação do olhar subjetivo e integral.

Em um discurso semelhante, à maioria, os professores percebem a importância de o estudante vivenciar as realidades da população, as realidades de atendimento no sistema de saúde, os variados pontos da rede de atenção, como forma de humanizar e qualificar o estudante como profissional de olhar integral.

Mas a gente tenta assim, na nossa disciplina de Saúde Coletiva 1, apresentar a realidade da vida das pessoas, pros estudantes, porque eles vêm de uma realidade social muito diferente dos nossos pacientes é... Do que eles vão atender no futuro; então a gente tenta mostrar pra eles a realidade, ampliar a visão deles, sobre o que é saúde, o que é doença, quais são os fatores determinantes, traz a importância do psicológico, a importância do social, do meio ambiente e através disso pra tentar ampliar a visão deles sobre o que é o adoecer (P.1)

A maneira como a gente faz isso, a gente consegue chegar neles, através muito mais da prática, quando a gente vai lá na comunidade, a gente visita, a gente mostra, vivencia, discute (P.1)

Uma estratégia de ensino citada, por estudante e professor e observada em cadernos de campo e planos de ensino da disciplina, no primeiro ano, envolve uma proposta de intervenção multiprofissional em uma família, com critérios de vulnerabilidade, da comunidade que a turma acompanha. Os estudantes demonstram a importância de vivenciar os determinantes sociais e pensar integralmente em uma forma de amenizar os sofrimentos da família; o professor relata a experiência desse ensino.

Também nessas visitas, a gente acaba "adotando" uma família e a gente sempre discute propostas de intervenção, para que o problema que esteja ali seja solucionado, tornar um dia-a-dia melhor para essas pessoas. (E.1b)

Esse ano a gente tá experienciando a metodologia de eles cuidarem de uma família e tentarem já ver, o que que com o conhecimento da interdisciplinaridade, da multidisciplinariedade, do conhecimento do sistema de saúde, eles conseguem ajudar essas pessoas e não só através de medicamento, mas através de outras potencialidades na comunidade, através de uma rede de atenção. (P.1)

Essa vivência demonstra a modificação do olhar do estudante e remete a uma frase de impacto de José Saramago apud Balbi, Lins e Menezes (2017, p. 153), na obra Ensaio sobre a cegueira: “a importância de ter olhos, quando os outros já perderam.”

“Ensinar a arte da medicina, portanto, vai além da capacitação técnico-científica: é preciso preparar cada vez mais o futuro médico para lidar com os dilemas, os conflitos e a pluralidade de opiniões da área da saúde” (BALBI, LINS E MENEZES, 2017, p. 153).

Em correlação com as observações em campo e documentos do curso, em estudo, as disciplinas de Saúde Coletiva, do primeiro, do segundo, do terceiro e do quinto anos predispõem à vivência intensa nas comunidades e serviços assistenciais, com ampliação do conhecimento dos estudantes e desenvolvimento de habilidades diferenciadas, que predispõem a humanização. O quarto ano, como já citado, desenvolve habilidades mais focadas ao estudo científico.

b) Integração curricular interdisciplinar potencializa o ensino da humanização

Uma apreensão importante é a percepção, dos próprios estudantes, da importância e necessidade da educação para humanização do estudante em todos os anos do curso.

Feuerwerker (2002a), Komatsu (2003), Binz, Menezes Filho e Saupe (2010), Rios (2012a), Amore Filho, Dias e Toledo Jr (2018), demonstram em seus estudos, que a inserção dos estudantes em ambientes de cuidado assistencial, desde os primeiros anos, vivenciando a realidade de um Sistema de Saúde funcionante, amplia

suas visões dos determinantes do processo saúde-doença, das relações interpessoais, das necessidades do sistema. Citam que a inclusão da exigência, nas DCNs, da presença dos estudantes em ambientes reais, em todos os anos, pode ser um grande avanço nas modificações dos padrões assistenciais observados até os dias atuais.

Os discursos, das entrevistas, constantemente citam que, a continuidade do ensino, mantém o tema humanização vivo, em constante discussão e evita a perda dessas atitudes, ao longo do curso.

desde o primeiro ano a gente teve contato com Unidades Básicas de saúde, fez visitas em casa, sabe, fizemos diagnósticos de comunidades, de populações, então isso foi muito importante! (E.4a)

então eu acho bom entrar na faculdade e já ir na UBS, já ir meio no instintivo, assim, falar com o paciente e eu acho que isso que é o primeiro contato com a medicina, que a gente tem no curso, é aí na UBS, fazendo visita diária, reconhecimento de área, então eu acredito que é na medicina de família, nesses momentos que começa o ensino da humanização. (E.3a)

eu acredito que o uso das metodologias adequadas, desenvolve a humanização em saúde no estudante, mas isso tem que ser muito sedimentado, porque se for um estímulo pontual aqui, outro ali, frente a vários estímulos de que ele não seja assim, isso não vai adiantar de muito, então eu acho que tem que ser um curso formado e pensado, para que ele entenda que ser médico, ser médico e ser humano já é muita coisa. (P.1)

Os estudantes foram questionados sobre as metodologias de ensino de humanização, nas disciplinas de Saúde Coletiva e demonstram que são várias as metodologias utilizadas e que a finalidade de ensino da humanização se faz presente nas disciplinas e praticamente, só nessas; também questionados sobre a presença do tema em outras disciplinas do curso, como já citado anteriormente, afirmam que trabalham muito pouco a humanização.

A matéria de saúde Coletiva da minha universidade, sempre ensinou pra gente sobre humanização, desde o primeiro dia de aula a gente tá aprendendo sobre determinantes de saúde e doença e todos os fatores biopsicossociais. (E.1b)

A disciplina de SCI tem preocupação constante com o ensino da humanização... E é engraçado que no fundo, não foi um assunto que... Foi um desenvolvimento natural! Eu acho que, na verdade, faz parte do nosso perfil de ser médico de família e que se preocupa com a saúde coletiva... (P.1)

as aulas de Saúde Coletiva trabalham sim, de forma explícita, o tema humanização em saúde... Entretanto são as únicas! Uma vez que, em outras matérias, os professores tendem a nos passar a idéia de um paciente como máquina, de um médico frio, calculista, que não deve tratar o paciente como

sendo o amor de outra pessoa; ou ainda, os professores nos passam uma idéia rasa de humanização e daí, por atitudes, esses mesmos professores, atitudes na prática, nos mostram o contrário... (E.2a)

No primeiro ano da Saúde Coletiva, foram vários professores que passaram muita coisa, agregaram muito conhecimento que, confesso que... É absurdo assim, até agora, acho que foi a matéria que eu mais tive esse conhecimento, e que mais... Vai construir o meu caráter como médica e também como profissional.. e como pessoa também. (E.2b)

SC foi a primeira matéria que nos levou na prática tanto nas UBS's, como no hospital mesmo, que eles nos mostraram... O primeiro ano foi assim, fundamental, até para criar laços com os colegas, que, em relação aos trabalhos assim... Foi muito interessante e que a gente conseguiu caminhar juntos. (E.2b)

Eu acredito que o ensino de humanização em Saúde Coletiva, é muito limitado ainda, porque não consegue atingir a maioria dos estudantes, quando você começa a falar de humanização na aula, tem muita gente que já se desinteressa, aí você acaba perdendo esses estudantes. (E.3a)

eu acho que não trabalham diretamente, mas a humanização, ela é assim, a base da Saúde Coletiva, da MFC, então assim, durante o curso, com essa base, a gente vai falar sobre princípios do SUS, a humanização, ela sempre tá lá, como um pilar, então tudo se constrói.. (E.4b)

Eu nunca tinha ido a uma aula, assim especificamente, de como botar isso em prática, foi só no terceiro ano, nas aulas de M CCP, que eu vi alguém que tinha escrito sobre isso, como realmente fazer, como realmente botar em prática" (E.4b)

a disciplina de SC é a que mais aborda o assunto, mas mais se embasando em contexto social da pessoa e em relação `a fundamentação do SUS e seus princípios, diretrizes e competências, visto que o SUS é um serviço de saúde embasado em um conceito de saúde humanizado. (E.5a)

Em relação aos comentários sobre o ensino da humanização em saúde em outras disciplinas:

nas aulas práticas de Saúde Mental do quarto ano, a gente tem 6 meses de psiquiatria, 6 meses de psicologia e nesses 6 meses de psicologia, né, a gente vê muito... Habilidades de entrevista clínica, principalmente com enfoque em empatia, a gente aprende a teoria sobre isso, em como isso pode ser feito, e a gente faz, a gente pratica em entrevistas psicológicas onde a humanização e a empatia é muito mais, é... tem um valor muito maior... (E.4b)

a gente vê muito que a prática e a técnica se sobrepõem à humanização e à relação médico paciente, nas práticas de clínica médica, onde existe muito esse discurso de humanização, mas daí na prática, os professores né, não todos obviamente, mas existem algumas pessoas que, fazem coisas.... que vão contra esses preceitos, essa filosofia de humanização... então a gente vê uma coisa na teoria e outra na prática. (E.4b)

a humanização realmente está presente mais nas matérias de Medicina de família e tá muito pouco presente na matéria de clínica médica, a gente aprende muito a ver o paciente como um órgão na clínica médica; muitas matérias têm isso, tem essa limitação sabe... (E.4a)

A única disciplina que trabalha diretamente com o tema da humanização, é a medicina de família, não tem por exemplo, o tema de humanização na semiologia, humanização na parte cirúrgica, não... Na verdade, eu lembrei agora, de UMA aula que foi abordado o tema fora de MFC até agora... (E.3a)

Nenhum trata assim, realmente, sobre a importância do paciente, por exemplo, nunca vi a professora de fisiologia, falar sobre como é importante você saber que o paciente é um ser biopsicossocial, então o psicológico dele, ah.. Vai ter alterações sobre ele. (E.2b)

Outro ponto importante a ser discutido, citado com frequência pelos estudantes, é a necessidade de expansão do ensino e discussões sobre humanização em todas as disciplinas. Eles contam que as aulas de humanização em saúde são quase que restritas à Saúde Coletiva e pouco presentes em outras disciplinas. Essa integração curricular, interdisciplinar, é essencial para a formação de um profissional qualificado e apto ao trabalho no futuro.

eu acho que a humanização em saúde, ela tem que ser abordada precocemente, como é feito na minha universidade, então lá, desde o começo, a gente aprende que médico humanizado, faz a diferença.... E principalmente de uma maneira interdisciplinar, assim, não deixar a humanização pra MFC, ela teria que ser abordada em todas as disciplinas, na clínica, na cirurgia, na pediatria, na gineco... (E.4b)

Na nossa prática médica e eu acho que a humanização deveria estar presente e deveria ser algo inquestionável em todas as matérias assim, porém, eu vejo que fica totalmente restrito às matérias de saúde coletiva... Principalmente os estudantes, eles só enxergam isso na aula de saúde coletiva.. e não conseguem imaginar: ah, se eu quero cirúrgica, como vou fazer cirurgia sendo humanizado? Não vi nenhum professor até agora, que associou essas duas coisas. (E.2b)

seria bom se não fosse só pra SC, mas fosse para o geral.... Todas as disciplinas conseguem pegar um pouquinho sobre o que é a complexidade do paciente e a integralidade, sobre os médicos, que são nossos professores, falarem um pouquinho mais sobre a importância do fisioterapeuta após o trauma, a importância de um fonoaudiólogo, de um psicólogo pro paciente... e posso citar sim poucos professores que já falaram são da área de saúde coletiva. (E.2b)

A transdisciplinaridade é citada, na literatura, como importante ferramenta de ampliação da comunicação entre os docentes e deve ser promovida por meio de oficinas pedagógicas que interliguem os vários saberes interdisciplinares. Também presente na literatura, para que a humanização se efetive, ela precisa ser vista como prioridade de todos e em todos os locais de ensino e atenção à saúde. (BINZ; MENEZES FILHO, SAUPE, 2010).

Autores como Feuerwerker (2002b), Komatsu (2003), Turini et al. (2008), Rios (2010), transcorrem sobre a necessidade de uma currículo transdisciplinar na transformação do ensino médico, voltando o olhar do estudante para além das práticas clínicas exclusivas do médico, mas aumentando a interação e o conhecimento do estudante sobre outras intervenções profissionais que ampliam o cuidado ao paciente.

A transdisciplinaridade, analisada no Curso de medicina em estudo, esteve citada nos documentos do Plano Pedagógico do Curso, mas não foi observada na análise documental dos Planos de Ensino das disciplinas, que não demonstravam a utilização de espaços de ensino conjuntos a outras disciplinas do Curso, nem a programação de atividades interdisciplinares.

Na observação em campo, não foram observadas aulas em que houvesse integração interdisciplinar. A programação e as atividades, seguiam os objetivos das disciplinas de Saúde Coletiva apenas, sem o envolvimento ou citação pelos estudantes, de outras disciplinas. Por esse motivo, nos discursos, os estudantes citam a percepção de falta de interação interdisciplinar contribuindo com sua formação integral.

c) Vivência do Método Clínico Centrado na Pessoa

Estudantes, que estão em anos mais avançados do curso, e professores também relacionam o ensino da humanização, nas aulas práticas de atendimentos em unidades de saúde, na evolução do relacionamento médico-paciente, na entrevista clínica em que são treinados; falam sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa e em como essa ferramenta humaniza as relações.

No 5º ano, o contato com o internato em MGFC e na gineco, parece resgatar essa dimensão do cuidado, onde vendo e acompanhando pessoas por um tempo, pode-se atuar de forma a ajudar as pessoas. (P.5)

As aulas de M CCP, pra mim, foram as principais e... Aulas práticas de MFC no terceiro ano, também, porque ... É...abordagem na saúde primária ela é diferente, do que, nas especialidades, então ela dá mais espaço, para a humanização; porque a humanização é como se fosse uma linguagem, e pra

essa linguagem aflorar mais, a gente tem mais oportunidade pra isso, quando a gente tá numa UBS... (E.4b)

Eu defino que o ensino na Saúde Coletiva é muito bom, sabe, a gente tem a parte de medicina centrada na pessoa, então isso faz com que a gente aprenda muito bem, principalmente no terceiro ano, no terceiro ano a gente vai direto pra unidade básica de saúde, a gente vai direto pra parte prática da medicina de família, então a gente acaba pegando muito esse lado, de tratar o paciente como um todo... isso acaba criando assim, um ensino de humanização muito bom sabe e a gente acaba aplicando em outras matérias. (E.4a)

O Método Clínico Centrado na Pessoa, segundo Stewart et al. (2017) é um modelo de atendimento, centrado no paciente, desenvolvido após anos de pesquisa científica em torno da relação médico-paciente e as atitudes médicas que aproximam esse encontro e qualificam o atendimento. Segundo a autora, é uma proposta de cuidado que exige mudança da mentalidade do profissional em alguns pontos: mudança da noção hierárquica do médico no comando, o médico deve ser capaz de dar poder e autonomia ao paciente; a busca do equilíbrio entre o objetivo e o subjetivo, “em um encontro entre mente e corpo”; o foco de atendimento se mantém na pessoa, aliado aos conhecimentos da Medicina Baseada em Evidências.

O Método é a construção de um modelo, ou de uma ferramenta, que foi dividida em quatro passos a serem seguidos nas consultas clínicas, amplificando a qualidade e proximidade da relação dialógica profissional-pessoa: Passo 1 - explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; Passo 2 - Entendendo a pessoa como um todo; Passo 3 - Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; Passo 4 - Intensificando a relação entre a pessoa e o médico.

Nas observações em campo, o MCCP foi intensamente utilizado nas práticas de Saúde Coletiva III, nas UBS, com enfoque no desenvolvimento das habilidades necessárias a atuação do MFC. No quinto ano, os estudantes também são envolvidos em aulas teóricas e na atuação prática, utilizando as ferramentas do MCCP. Os documentos das disciplinas citadas (ementas, Planos de Ensino), também traduzem esses temas e demonstram tais objetivos de formação do discente daquele ano.

d) Intervenções na comunidade pela educação em saúde

Mais uma metodologia citada, por professores e estudantes, como importante no desenvolvimento da humanização nos estudantes, foram as práticas de intervenções na comunidade, com trabalhos de educação em saúde. Os estudantes percebem a validade de criar uma intervenção que tenha impacto social para a comunidade, entendendo a realidade e necessidades da população.

Os autores Benevides e Passos (2005), Binz, Menezes Filho e Saupe (2010), Rios (2012a, 2012b), Doricci, Guanaes-Lorenzi e Pereira (2016), discorrem sobre os desafios para o desenvolvimento da humanização nos estudantes e que ele percorre um caminho que vai além do conceitual, mas que envolve o “como fazer”. Discorrem sobre a necessidade de ultrapassar a visão fragmentada das práticas de atenção e cuidado, atuais, considerando o homem como um ser completo e complexo, inserido numa sociedade, que deve ser reconhecido como tal, para alcançar o ideal de assistência e cuidado. Além disso, a observação dos pacientes, em seus ambientes, com suas características próprias influenciando a sua proposta de cuidado, dentro de um sistema de atendimento organizado, mostra para os alunos a realidade de um Sistema de Saúde que funciona, a partir do momento em que se reconhece a assistência adequada a cada pessoa.

Os entrevistados também percebem que é essencial conhecer as necessidades da população, mas que nem sempre as alcançam e as atividades podem não funcionar, ainda assim, o aprendizado é intenso, porque demonstra o quanto a percepção de médico como “detentor de conhecimento” ainda persiste e que há necessidade de abertura para um olhar integral, que qualifica mais sua atuação.

eles são obrigados a se colocar no lugar da população, desses indivíduos, para poder fazer realmente a intervenção funcionar; a nossa ação, a nossa intervenção, só funciona, se a gente tiver alinhado muito bem com a realidade, senão de nada vai adiantar nossa ação. (P.2)

Nessas práticas, nessas vivências, que, parecia que estavam dando errado, porque a gente tava lá e não tava ensinando sobre planejamento familiar pra elas, porque na verdade, quem tava aprendendo era a gente, a gente tava aprendendo como... É... Como entender e como as formas de relacionamentos pessoas, elas se dão, e como são complexas e, e como a gente, a gente como estudante não vê nossos privilégios e como a gente não sabe que são formas assim, de humanização em saúde. (E.3b)

Um estudante realiza algumas reflexões importantes, do processo de ensino-aprendizagem das intervenções, percebendo a riqueza do aprendizado.

É claro que eu tenho críticas em relação à forma como as atividades eram feitas, porque tipo, a gente ia lá, fazia as atividades e acabava a aula e íamos embora e não voltávamos mais, sabe, tipo... Era... Acabava sendo muito pontual, não tinha continuidade, longitudinalidade... mas o processo de humanização era muito rico, assim. (E.3b)

As falas e citações demonstram a importância da vivência, relacionamento e intervenções nas comunidades, nos serviços e ambientes de vida dos pacientes como forma de alcançar a humanização do estudante. Comparando com as observações em campo, os estudantes demonstram desenvolvimento da capacidade de observar, ter visão crítica, organizar ações e implementá-las, a partir de uma sequência de aulas que amplia o olhar para além do segmentar.

Os Planos de Ensino das disciplinas de Saúde Coletiva do primeiro e segundo anos, contém programações de visitas em vários locais de assistência do sistema de Saúde, nas comunidades e UBS e a prática da habilidade relacional e implementações de atividades de educação em saúde, como metodologias para o desenvolvimento de um profissional com olhar mais ampliado ao sistema e ao cuidado.

e) A incorporação de artes e cultura na aquisição de habilidades de humanização

Uma metodologia de ensino presente nos Planos de Ensino das disciplinas, foi citada, por um professor, como importante na aquisição de habilidades de humanização: a incorporação das artes e cultura como forma de ampliar a visão do estudante para além do biológico.

Além das práticas mais básicas... A gente trabalha muito com a parte de arte, de cultura, de expressão corporal... Nós temos grupos que trabalham com meditação, técnicas de relaxamento... (P.2)

Nas intervenções, o uso das técnicas de relaxamento para trabalhar em um grupo de saúde mental, trabalhar com agricultura, com horta, com plantas medicinais; ensinar pro idoso o prazer não só da qualidade do alimento, mas também o prazer, o bem estar de estar junto da natureza; de forma mais lúdica, o teatro com fantoches, com paródias, instrumentos musicais; o

voluntariado em instituições; capacitação em oficinas de clowns; oficinas de contação de história. (P.2)

Em relação às variadas metodologias utilizadas no ensino da humanização, Balbi, Lins e Menezes (2017) descrevem que o uso de metodologias pedagógicas ativas influencia na formação do estudante e permitem melhor reflexão e discussão; como exemplos citam o uso de dramatizações, casos, cinema, etc. Também afirmam que ensinar a arte da medicina é mais do que ensinar capacidade técnica, mas envolve a preparação do estudante em trabalhar com variados conflitos e diversidade de opiniões.

“...a capacidade de aprender está ligada ao desenvolvimento de competências próprias dos indivíduos, associadas a estímulos externos da cultura” (DALTRO; BUENO, 2010, p. 498).

Feuerwerker (2002a, 2002b), Komatsu (2003), Rios (2012a), Amorim et al. (2015) falam sobre a inclusão das Artes como forma de ampliar o olhar do estudante para além do biológico, como forma de desenvolver a subjetividade, o sentimento, a empatia, a desenvoltura necessários à prática clínica centrada no paciente e com a qualidade desejada.

Realizando um paralelo com as observações de campo, a utilização das artes foi vista nas aulas de SC, no primeiro e segundo anos. Os estudantes desenvolveram atividades de educação em saúde que utilizavam formas diferenciadas de artes; os estudantes do primeiro ano, realizaram a apresentação de trabalhos bimestrais, com a utilização das artes, apresentações que envolveram muito sentimento e a demonstração de habilidades subjetivas importantes.

f) A extensão como pilar para fortalecer a humanização

Outra metodologia, citada pelos estudantes como importante, na aquisição das habilidades de humanização, não está diretamente integrada ao curso, mas atua como uma adição aos conhecimentos construídos no currículo formal, a extensão universitária.

No meu primeiro ano de faculdade, eu comecei a participar de um projeto de extensão, marginalização social e saúde... E, num dos encontros, que era sobre saúde e determinação social, a pessoa que tava fazendo a fala, fez uma pergunta que parecia simples: o que é saúde?... quando ela perguntou isso, na minha cabeça, eu respondi quase instantâneo que era não estar doente... aí ela começou a falar, sobre determinação social e todos esses debates, aquilo criou um incômodo na minha cabeça... e desde então, essa pergunta tem sido muito importante pro processo de formação e de médico, que eu quero ser. (E.3b)

Eu fui para o projeto Rondon e tipo, eu consegui ver isso lá... Eu consegui ver o que realmente é a população não ter nenhum tipo de atenção básica, numa unidade de saúde que não funciona, sabe... (E.4a)

eu acho que deveria existir mais atividades de extensão pra todos os estudantes, sabe, porque são essas atividades que realmente vão criar humanização; sem extensão fica muito teórico entende; a extensão, sei lá, acho que ela é o pilar pra criar humanização. (E.4a)

Analisando a formação acadêmica e a sua caracterização, que engloba o tripé: ensino, pesquisa e extensão, presentes nos cursos universitários completos e focando na extensão universitária comentada pelos estudantes em suas entrevistas Amorim e Bedaque (2018) descrevem que as atividades de extensão podem ser transformadoras, porque predisõem a inserção facilitada de novos métodos de ensino, necessários ao perfil da sociedade atual, quando comparados à complexidade das alterações curriculares.

Percebe-se que as metodologias, citadas anteriormente, correspondem às observações das aulas práticas do Curso de medicina em estudo, além de sua presença nos documentos estudados. A literatura reafirma o quanto a vivência, a prática, o treinamento constante, são importantes para os estudantes em formação.

“[...] rompendo com a estrutura de ensino tradicional, meramente informativa, [...] e negligência dos aspectos psicossociais, [...] estão buscando adotar em seus currículos metodologias pedagógicas com participação mais ativa dos estudantes” (BARTOLO et al, 2017, p. 450).

g) Estratégias ativas de ensino e aprendizagem para integração teórico-prática

Quando questionados em relação às aulas teóricas e quais metodologias mais atuam na aquisição de conhecimento adequado ao profissional em treinamento, com

unanimidade os estudantes acham que as metodologias ativas são preponderantes. Ainda assim alguns demonstram suas dificuldades de adaptação às mudanças das atitudes em sala.

Com certeza a metodologia ativa desenvolve mais, porque acredito que quando se fala em humanização é muito mais importante você... Criar esse modelo de atendimento na pessoa, no futuro médico, do que apenas... Conceituar humanização. (E.2a)

Lembro-me de duas aulas, uma sobre o manejo da dor crônica, em que o conceito foi trabalhado e construído coletivamente, casos discutidos e foram abordadas outras áreas do conhecimento como antropologia e de artes, de forma não tradicional. Outra, sobre o SUS, que construímos, a partir da teoria, estruturas com lego e massinha de modelar para representar os conceitos trabalhados, essa eu achei importante porque trabalha uma transposição de discurso, que julgo imprescindível para a prática médica humanizada. (E.5a)

As metodologias de aula mais adequadas, são as metodologias ativas... Eu não consigo, eu acho que o método cartesiano de ensino é muito ultrapassado.... Sabe, esse método de o estudante sentado, um fluxo unidirecional, de o professor passando informação pra gente.... a gente tem um potencial de gravar apenas 15% da aula teórica, acho que não funciona... a gente já devia ter abandonado isso em todo mundo né, mas enfim. (E.4a)

Com certeza a metodologia ativa desenvolve mais, porque acredito que quando se fala em humanização é muito mais importante você... Criar esse modelo de atendimento na pessoa, no futuro médico, do que apenas... Conceituar humanização. (E.3a)

Segundo Makabe e Maia (2014), do ponto de vista metodológico e dos conhecimentos sobre a aprendizagem do adulto, as DCNs dos Cursos de medicina foram reestruturadas e incorporaram a necessidade de estratégias ativas de ensino-aprendizagem, para que o estudante consiga construir seu conhecimento a partir da realidade, com integração de conteúdos básicos e profissionalizantes, integração entre teoria e prática e produção de conhecimento integrado às práticas do cuidado.

Autores como Daltro e Bueno (2010) também afirmam a importância de o estudante perceber suas dimensões: seus conhecimentos aliados às habilidades do “fazer” prático, com suas competências instrumentais e relacionais.

No dia-a-dia do Curso observado, as MAE estiveram presentes em algumas aulas, principalmente as do primeiro e quinto anos; os Planos de Ensino dessas disciplinas também definem a utilização dessas metodologias. Ainda assim, o curso em questão é tradicional e não tem hegemonia no uso das MAE.

h) Experiências positivas e negativas no aprendizado de humanização na prática

Uma das informações importantes apreendida nas entrevistas, foram as inúmeras experiências, dos estudantes, da humanização na prática de ensino e na prática médica e o valor que essas experiências acrescentaram em sua formação, sendo experiências boas ou ruins.

Os estudantes e professores relataram inúmeras experiências positivas de humanização nas vivências de aulas práticas nas comunidades que frequentam.

Essa prática de colocar o estudante em contato com a realidade do paciente e suas necessidades é bem apontada pelas teorias das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, segundo Makabe e Maia (2014). Os autores citam que a problematização promove a reflexão, a partir da realidade e traduz a visão humanística do paciente.

Já teve estudante que falou: nossa, mas vocês estão falando na frente daquele paciente de Alzheimer sobre o diagnóstico dele e achando que ele não iria lembrar depois... Mas será? Será que ele não ficou triste naquele momento? Coisa que eu nem tinha percebido! (P.1)

No primeiro ano, a gente foi visitar a casa de uma senhorinha... Ela era super jovem, ela tinha sofrido um erro médico, mas por mais que ela não pode falar isso, mas era o que parecia... Ela sofreu um acidente durante uma cirurgia, uma biópsia de um câncer de... é, diziam que ele tava com câncer de mama, durante a biópsia deu errado e ela ficou em coma na casa dela... essa mulher deveria ter uns 35, 36 anos no máximo e eu nunca vou esquecer da cena, porque tava em 6 estudantes e mais a professora (E.2b)

Em relação às vivências negativas, os estudantes citaram a falta de empatia, de cuidado e olhar integral em profissionais de saúde, no atendimento de pacientes, com quem tiveram contato ao longo dos anos.

No primeiro período agora, uma das aulas práticas de Saúde Coletiva, era a gente ir no ambulatório do hospital Cruz Vermelha, pra acompanhar algumas consultas... No ambulatório de otorrino... E o médico foi extremamente... É..... Desumano acho que é uma palavra muito forte né, para usar pra um profissional de saúde, mas ele, faltou empatia, faltou humanização, ele tava atendendo os pacientes de forma totalmente mecânica, a gente até brincou depois que parecia um robô atendendo. Ele só olhava o computador e perguntando os sintomas do paciente de qualquer forma; até o exame físico dele eu achei meio agressivo com alguns pacientes, tipo, pegava no rosto da pessoa e virava, ele não foi humano com os pacientes (E.1a)

Primeiro ano, até fui em uma consulta.. E via a médica xingando o paciente porque ele era alcoólatra, sendo que é comprovado, já, que é uma doença, que ele precisa de todo suporte possível e... Aonde ele deveria encontrar o suporte, ele não conseguiu. (E.2b)

o paciente vem procurar atendimento e... Aí ele acaba não tendo adesão ao atendimento e, o professor, quando ele tá fazendo o atendimento, ele começa, entra num processo de culpabilização do paciente, sabe, tipo... Bom, você vem aqui procurar o atendimento, mas não faz o tratamento, e começa a culpar o paciente nesse processo, mas, sinceramente, é, é, é uma falta de, uma falta de empatia, que as vezes acaba sendo uma falta de respeito com a pessoa (E.3b)

o projeto de extensão mostrou que tem médicos que não... Que não estão fazendo o papel deles... Que acaba a população ficando extremamente sem, sem assistência sabe... E isso acaba criando um círculo vicioso sabe, que a população não consegue resolver seus problemas de saúde, porque não tem médico pra ajudar e acaba ficando muito nas mãos das enfermeiras e dos técnicos de enfermagem, o que sobrecarrega eles. (E.4a)

A literatura comenta a mesma percepção dos estudantes, a falta de humanização na prática clínica.

Souza, Gallian e Maciel (2012, p. 164) “Durante este processo, a relação médico-paciente perdeu seu aspecto original: passou de uma associação entre dois seres humanos, à mera consulta sobre fatos e números, como se o paciente fosse um conjunto de órgãos em mau funcionamento, e o médico, um mero provedor de tecnologias.”

Outra percepção dos estudantes e que, nos discursos, remeteu à tristeza, foi observar a falta de humanização nos próprios colegas de sala.

E nem precisa ir tão longe pra enxergar isso, é só olhar os meus colegas e a forma como eles agem, como tratam a prática médica atual. (E.2a)

eu vejo que isso (falta de acesso de milhares de pacientes aos serviços médicos, medicamentos), na minha sala, não preocupa tanto os meus colegas como deveria realmente preocupar. (E.2b)

como foi um caso que aconteceu, a gente descobriu que uma colega de faculdade tentou se suicidar ano passado e, em vez de todo mundo ficar feliz que ela não conseguiu, eu ouvi todo mundo, pessoas da minha sala, falar que era um absurdo, que uma pessoa que fez farmaco, não saber se suicidar com a dosagem correta. Então, isso me assustou! (E.2b)

Como mais uma apreensão, as entrevistas demonstram, pelas experiências dos participantes da pesquisa, como o ensino da humanização ainda é falho nas universidades e a falta de apoio aos estudantes.

Eu sou uma pessoa que, durante o segundo ano da faculdade, que é meu ano atual, eu tive um problema bem sério na família e... Meus pais se divorciaram, e fora isso, muitos problemas ruins que me afetaram totalmente e, em primeiro lugar, o que mais me afetou foi realmente as notas e, a faculdade, em momento algum eu vi assim que, a faculdade tentou me ajudar de alguma maneira, por mais que, tudo bem, a gente tem que caminhar com as próprias pernas, mas eu não senti nem um aconchego do lado da faculdade. (E.2b)

Durante os primeiros meses, foi um choque assim, porque eu fui percebendo o... O quanto o perfil dos estudantes, dos profissionais médicos, era centrado na doença, centrado no biológico, centrado no científico... (E.3b)

fui falar com o professor da matéria, sobre discutir um tema mais a fundo, ele falou que não era necessário e até, porque, não valia a pena o esforço, porque alguns estudantes não dão, não dão atenção ao tema. (E.3b)

Muitas vezes aderimos ao discurso e modelo de trabalho humanizado, mas não nos damos conta do processo de desumanização que estrutura a prática médica, a educação, a gestão da saúde e até a formação de conceitos e novas pesquisas. (E.5a)

Corroborando com as mesmas percepções, a literatura responde com Feuerwerker (2002b), Turini et al.(2008), Binz, Menezes Filho e Saupe (2010) e Streit et al. (2012) que apesar dos avanços na medicina e na educação, o sistema ainda tem muitas falhas no cuidado oferecido à população, falhas em melhorar sua saúde; as teorias e práticas estão arraigadas nos profissionais e são poucos os que percebem a necessidade de mudança. Isso também é perceptível nas IES, em que professores e estudantes são avessos às mudanças e novos princípios, que envolvem MAE, novos cenários de ensino -aprendizagem e novas técnicas de avaliação.

Como finalização do tema, viu-se, nas observações, documentos e entrevistas, associadas a literatura atual, a complexidade do processo de ensino e aprendizagem da humanização e que, apesar de muitos passos terem sido dados, existe muito a buscar. O Curso em estudo exhibe bons indícios de mudanças nesse processo e de uma construção mais voltada ao humano, mas precisa de tempo e disposição, da IES, dos professores e dos estudantes na busca por essas modificações.

C. ENTRE O IDEAL E O REAL NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA E ENSINO: REPERCUSSÕES NA IDENTIDADE PROFISSIONAL

- a) Os conteúdos de humanização são superados pelos conteúdos das especialidades

As entrevistas demonstraram, com grande frequência, a conceituação de que a desvalorização de humanização, na atualidade, tem relação com a priorização do conhecimento técnico, pelos profissionais de saúde.

a gente vai estudar e vai ser especialistas em coisas extremamente específicas, lidar com nanopartículas e altas tecnologias (E.2)

É uma modificação do perfil de atuação dos médicos, dos dentistas, dos profissionais de saúde. Acredito que isso, é... Tem relação direta com o avanço científico e tecnológico que a gente tem visto, na área da saúde, nos últimos anos. (P.2)

O contexto da sociedade pós-moderna, onde o tempo é mais rápido e escasso, a tecnologia gera excesso de informação, a singularidade do existir se dilui numa massa de consumidores, a ânsia por sucesso rápido, principalmente financeiramente, deformando pessoas, se reflete no próprio currículo médico, senão pelo seu conteúdo escrito, pela prática de seus pacientes/ professores/ formadores. (P.5)

Makabe e Maia (2014) e Mayeama et al. (2018) afirmam que o modo de produção de saúde brasileiro, centrado no hospital e na assistência médica, se mostra pouco eficaz no diagnóstico das condições de vida e saúde da população. Esse modo se reduz a intervenção apenas no sistema biológico, em detrimento da determinação social, que é a responsável principal pela exposição ambiental que gera a alteração biológica, não podendo ser deixada de lado, se o objetivo é a melhoria dos índices de saúde da população.

“É a produção social das ações de saúde, que, basicamente, constitui a variável mais importante no processo psicossociocultural de definição de doença. São as formas com que os conhecimentos médicos chegam a população” (ALMEIDA, 2013, p. 3).

as técnicas e objetividade, elas são as duas muito importantes né, elas que te fazem ter um raciocínio clínico eficiente, né, enfim, dá diagnóstico, dar diagnósticos diferenciais, isso é muito importante. Só que se a gente tiver objetividade técnica sem humanização, a gente se assemelha a um computador, né... computador, ele tem técnica, isso é diferença de computador e médico. (E.8)

Os cursos que não tem isso (treinamento de habilidades de entrevista, focado na humanização), claramente formam profissionais que não tem uma boa entrevista médica sabe, que se limita muito a questões técnicas e perguntas assim, pessoas, sabe, e que vêem meramente o paciente como um objeto assim, um órgão específico, doença específica... (E.7)

e a maioria dos médicos que estão se formando e graduados, eles se importam tanto em saber o fisiológico, em saber anatomia, cirúrgica, clínica, que eles esquecem sobre a importância do... Que o lado social tem dentro da vida do paciente. (E.3)

Enfatizando a discussão acerca do ideal e o real no processo de ensino e aprendizagem da humanização, percebe-se nas transcrições, dos discursos, a influência do currículo flexneriano na perda das relações humanizadas profissionais.

O relatório Flexner também é bastante citado na literatura, Mayeama et al. (2018) descrevem que o modelo propôs uma reformulação do ensino médico com preponderância ao campo biológico do adoecer e favorecimento da especialização e da fragmentação do conhecimento, o que dificultava o ampliar da visão integral ao paciente.

seja pela forma como nosso currículo flexneriano, ele, ele teve uma influência na formação dos profissionais e a gente hoje, é formado e sempre foi, nesses, sei lá, 150 anos, 100 anos de medicina tradicional, foi centrado no cuidado de gente branca, de gente rica, heterossexual e preferencialmente, cristã. (E.4b)

mas obviamente, o curso, ele enfoca muito mais a parte química, a parte técnica... Porque de novo, não é errado, ele, a medicina, ela exige muita técnica né, porque é um curso difícil... Então saber clínica é muito difícil, então a gente acaba enfocando nisso e... o que acontece é que muitas vezes isso é, se sobrepões a humanização e a relação médico-paciente... (E.4b)

Vê-se, nas entrevistas, que os estudantes conhecem e percebem a influência do currículo flexneriano no desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem atual e relatam sua falha em priorizar os conteúdos e grade curricular de conhecimentos técnico-científicos, em detrimento do integral.

Os documentos do Curso analisado, demonstraram preocupação com o tema e as disciplinas de SC analisadas utilizam teorias que envolvem uma abordagem diferenciada, mais voltada ao ser-humano como um todo, mas como não há

integração interdisciplinar e há priorização, pelos estudantes, das disciplinas técnicas, a amplitude de mudança gerada, nos estudantes, se torna pequena.

b) Preocupações futuras com o exercício profissional

Outro quesito, discutido nas entrevistas, demonstra a preocupação, dos estudantes e profissionais, com o futuro, com a ascensão social, com o financeiro, em detrimento dos valores morais e éticos. É prevalente o discurso que os estudantes focam nas especialidades que darão maior retorno profissional, retorno esse, financeiro ou de *status*; as especialidades e modos de trabalho, dentre eles, o humanizado, perdem sua vitalidade a partir do momento que os interesses baseados no ego de cada estudante sobrepõe o real motivo da medicina - o auxílio e cuidado ao outro.

Campos (2016) relata como é importante a questão do status para o estudante de medicina e sua influência negativa na aprendizagem, já que promove uma escolha de disciplinas e matérias que predisponham ao alcance dessa necessidade própria. “Os alunos são guiados por interesses próprios, venceram muitos adversários para chegar ao curso de medicina e esperam uma formação que lhes garanta estabilidade profissional, econômica e status social” (CAMPOS, 2016, p. 180).

No terceiro e quartos anos, a formação clínica e o volume de conhecimentos a serem adquiridos, parece preocupar integralmente os estudantes e parece ocorrer uma "divisão" entre o que preciso saber como profissional e a pessoa/estudante, tanto que emergem os estresses e crises pessoais pré-internato. (P.5)

os médicos atendem vários pacientes por hora, para poder ganhar mais e acabam fazendo, então, consultas mais curtas, onde... O que vai prevalecer é a técnica e a objetividade. (E.4b)

esse é o meu maior temor na verdade, que a gente dá um estímulo aqui, ali, mas no futuro, se ele tiver um estímulo da sociedade, dos amigos médicos...que o enfoque da formação, ou que o enfoque do médico, tem que ser a questão financeira ou questão de orgulho, logo esqueçam (P.1)

Nas observações de campo, complementando os achados das entrevistas, em muitos momentos os estudantes comentavam sobre seus interesses futuros,

questionavam os professores sobre qual o seu salário, sua amplitude de atuação; também comentavam o interesse nos Cursos de Residências Médicas de especialidades ditas mais requisitadas, principalmente pela remuneração futura.

c) Diferenças intergeracionais influenciam o desenvolvimento das habilidades de humanização

Um enfoque absorvido nas entrevistas, também relacionado a desvalorização da humanização do estudante e do professor, a problemas relacionais docente/discente em sala de aula e às dificuldades de implementação de novas metodologias de ensino para a humanização, foi pautado pelas diferenças nos contextos das gerações entre estudantes da atualidade e professores mais antigos.

Segundo Rios (2010, p. 83) “As falas sobre o “médico ideal” revelam representações que variam entre as gerações”, assim como foi apreendido nos discursos desse trabalho.

A percepção, entre os estudantes e professores, é de falta de maturidade, dos estudantes, em entender o que é importante para o futuro profissional que pretendem.

porque existe matérias, a tríade né, que todo mundo sabe que nos sugam muito no primeiro ano; então, as outras matérias, até mesmo saúde coletiva, a gente direta ou indiretamente, vai deixando.... Vai deixando de lado. (E.1)

A sensação que eu tenho, é que no primeiro e segundo anos, eles não conseguem entender a real importância daquilo que a gente tá dando pra eles, ainda parece meio distantes do que aquilo que eles conhecem do papel do médico (P.1)

Penso que nos dois primeiros anos, os estudantes têm bastante contato com essas questões através das disciplinas de Saúde Coletiva, Antropologia médica... No entanto, identifico que a maioria deles não tem ainda a maturidade para a dimensão desse significado (P.5)

A outra percepção é a variação geracional do professor, como dificuldade em incorporar novas metodologias, ou novos conhecimentos importantes, que não eram trabalhados na sua época de estudo, assim como a humanização, e a sua interrelação com estudantes de outras gerações e a incompatibilidade de raciocínio.

Rios (2010, 2016) cita que estudantes e professores se veem como diferentes, em relação a transformação dos valores da sociedade contemporânea, que vão repercutir na identidade profissional do médico. As diferentes gerações se enxergam nas linhas de pensamento na qual foram ensinadas, não incorporando as ciências humanas e sociais, pouco comentadas nas IES.

Nas entrevistas:

eu fui educada né, sentada, já aprendendo do professor e esse é o jeito da medicina... Eu fui formada de uma forma que não é a melhor (risos), por isso eu tô tentando mudar. (P.1)

minha formação ainda é biomédica, então eu acredito que em cada aula, a gente dá abertura para os estudantes tarem expondo, refletindo sobre isso, a gente consegue alinhar. (P.1)

Sim, existem definições para trabalhar humanização em saúde no Projeto pedagógico da universidade, estando alinhado ao conteúdo das DC do MEC, inclusive... Mas considero que o desafio é o como fazê-lo, considerando o contexto dos estudantes da geração Y, Z, etc. (P.5)

As diferenças intergeracionais puderam ser percebidas, nas observações de campo, nas atitudes de relacionamento professor-aluno, em que professores de mais idade se portavam de forma mais séria e dura, em relação aos mais novos, que utilizavam linguagem e expressão corporal mais próxima dos estudantes. Na utilização de MAE, em aula teórica, os professores que as utilizavam também tinham idade inferior aos que não utilizavam.

d) Sentimentos que os estudantes revelam: encontro do eu pessoal e eu profissional

Alguns sentimentos, dos estudantes, puderam ser apreendidos nas transcrições, que diziam respeito a uma dicotomia entre o que traz do pessoal e o que pensa que necessita para o profissional.

Esses sentimentos, segundo eles, emergem conforme o andamento do curso e a aproximação do início da vida profissional e as necessidades que vão aparecendo pelo caminho. Um sentimento importante, presente nas entrevistas, foi o termo “medicina por vocação”.

Silva et al. (2016) descrevem que a formação deve ser pensada como harmonia entre a “realidade interior” e a “realidade exterior”, no sentido que o estudante deve encontrar o seu sentido de vocação para a profissão, a partir do que está dentro de si e ambientado com o que enfrenta no mundo externo.

fica também naquela discussão se medicina é, até que ponto a medicina é uma vocação, sacerdócio, enfim (E.1a)

Sobre a humanização, tem um psiquiatra, tem um vídeo dele no Youtube que é muito bom... E eu não sei se eu concordo muito bem com o que ele fala, mas eu acho interessante que fique registrado aqui... Mas ele fala que a medicina é uma profissão que ela nasce do amor... ela nasce do nosso desejo de deixar as pessoas saudáveis... e quando a gente começa a fazer isso, se a gente quer ver alguém melhor, prova que a medicina nasce do amor (E.4b)

Outro sentimento que emergiu nos discursos foi o de fragilidade, fragilidade em atender realidades tão difíceis e diferentes das que estão acostumados.

Na literatura: “Nós acreditamos intensamente que as respostas, para essas questões, repousam na transformação educacional. Durante o treinamento médico, todos nós, (estudantes e professores!) aprendemos, adquirimos e ampliamos nossas competências emocionais” (TEMPSKI; MARTINS; PARO, 2012, p. 345).

No dia da visita, eu olhei pro lado e vi todos os meus amigos chorando, mexeu no emocional, porque assim, a filha dela, ela tinha a nossa idade e a menina falou que casou, porque ela não tinha como cuidar da mãe e comprar as coisas que a mãe necessitava, como fralda, e tudo o mais que a mãe precisava... a única solução para ela, era fazer isso... que foi casar com um homem muito mais velho, mas que pelo menos dava todo o suporte a ela... (respiro) (E.4b)

Foi bem complicada essa visita, porque, a gente ainda não... Não sabia muita coisa, tava no começo e, e hoje eu vejo que ninguém tá... Ninguém tá preparado pra esse tipo de coisa talvez, a gente receber um paciente assim, como que a gente vai lidar com essa menina no futuro, como a gente vai saber o que fazer com ela, por exemplo, a gente não sabe (E.4b)

E por último, o sentimento de que “sentir” ou “sofrer” está errado para o médico profissional, trazendo a visualização do médico frio, impenetrável, que trabalha munido de uma armadura.

Mas com esse pensamento que o médico, ele tem que ser frio, ele tem que ser mais centrado, pra poder lidar com isso, ali com o paciente... Então por isso, às vezes a gente vê a humanização sendo desencorajada né, pra você ter essa postura médica, enfim, não sei (E.4b)

o que é essa postura médica, mas essa coisa que a gente sabe, e que tem que ser tradição dessa cultura, dessa postura médica fria e centrada, a gente sabe que existe isso e.... Ninguém fala pra gente isso né, ninguém sabe, mas a gente vê isso sendo feito, nas atitudes médicas. (E.4b)

Ferreira et al. (2009, p. 1539) relatam que: “A modernidade desconstruiu o médico semideus e o quer humano, sensível e não mais um pai autoritário e despótico.” Rios (2010) demonstra críticas ao comportamento dos médicos (frios, distantes, desinteressados pelos pacientes), interessados apenas na doença, aliado ao tecnicismo crescente nas práticas.

Dentre as falas dos estudantes e de professores, surgiu a questão do modo de ser de cada estudante, o eu pessoal, na prática. Os entrevistados defendem características próprias de cada pessoa que, por si só, já são humanas e que auxiliam no ensino e que, talvez essas pessoas, que já “trazem de casa” os valores éticos e morais são as únicas a se beneficiarem desse ensino e, quem exhibe perfil diferente, mais duro, frio, com menos sentimentos envolvidos, não se beneficiaria.

Tem pessoas que parece mais natural, tem pessoas que já trazem isso dentro de si, de quem tem preocupação com o ser humano que está na frente deles... E tem estudantes que a gente vê que não (P.1)

os estudantes chegam com uma cabeça tão moldada pelo sistema, que, que eles não conseguem absorver, entender o ensinamento passado, mas às vezes não é nem, nem, culpa deles, muitas vezes não é... É... Por onde ele cresceu... O que foi passado pelos pais, pela família, por tudo (E.2a)

Ensinar humanização, não é uma coisa fácil, né, porque a gente acredita que a humanização ou você tenha ou não tenha. (P.2)

Pode ser que a pessoa tenha isso naturalmente, tanto como pode ser que não, e se não foi ensinado, então a gente corre risco de formar profissionais que não são completos e que não consegue... Se conectar com o paciente... (E.4b)

Lampert (2002) demonstra que o estudante de medicina passa por um processo de socialização, quando frequenta a universidade, que o modifica e sobrepuja a aquisição de conhecimentos e habilidades da profissão. Esse é o currículo oculto tão influente na formação dos estudantes.

Ainda nas falas, em relação ao modo de ser de cada pessoa, o que traz de bagagem, emerge na dificuldade em entender realidades diferentes, em criar um pensamento holístico, quando tudo é tão diferente do que sempre vivenciaram.

... São muito poucos os que realmente passam por situações complicadas, vivem em, não são tão, ambientes que não são tão programados, ou com uma base tão sólida e, chegar até numa faculdade de medicina, né, sem um suporte do pai ou da mãe, então... Como eles nunca passaram por isso... talvez eles nem criam empatia, eles nem sabem assim, que fora, a realidade é outra, então nem tem como culpar também... (E.2b)

...pessoas que geralmente, está numa faculdade de medicina, são pessoas que já, tiveram um privilégio muito grande na vida, de chegar numa faculdade de medicina não é pra qualquer pessoa, então já tá numa faculdade de medicina provavelmente, a grande maioria, veio de colégios bons durante a vida inteira, tiveram o suporte financeiro e amoroso dentro de casa, que faz fortalecer muito a base... (E.2b)

Lampert (2002), em relação ao assunto formação do estudante de medicina afirma ainda que entender como alguém se forma médico está muito além de conhecer a proposta curricular e conteúdos, além dos conhecimentos técnicos e de habilidades, porque na abordagem do paciente é possível identificar um jeito próprio, uma postura que caracteriza cada profissional de saúde.

Nas observações de aulas, foi nítida a percepção de estudantes mais interessados nas discussões, no relacionamento com paciente e servidores, em demonstrar empatia, cuidado e respeito. Outros, eram arredios e quietos, exibiam dificuldades em se relacionar mais abertamente e cumpriam apenas os quesitos necessários àquelas aulas. Também havia conversas, entre os estudantes e professores, sobre os que mais se interessavam pelas aulas, sobre as condições de vida e pessoais de cada um, sobre as percepções entre os estudantes.

Os sentimentos observados em aulas também foram variados, com observação de tristeza, choro, comoção nos atendimentos realizados e organizados pelos professores das disciplinas; contentamento intenso nas atividades de educação em saúde; espanto ao reconhecer as características do Sistema de Saúde. Paralelamente, a presença de descaso de alguns alunos pelos temas e pelas aulas, desatenção, sonolência também foram observados, em menor intensidade.

Correlacionando com a literatura, é perceptível o quanto o ensino médico molda os estudantes, conforme os métodos de ensino e aprendizagem utilizados e o quanto proporciona, nas suas vivências, um florescer de sentimentos diferenciados, em cada estudante, que depende sim, do modo de ser de cada um, mas que modifica conforme as experiências e facilitações por que passa.

D. CARACTERÍSTICAS CURRICULARES DO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

a) Propostas do Projeto pedagógico do Curso no currículo

Os entrevistados foram questionados em relação à presença de propostas de ensino da humanização no Plano Pedagógico do Curso em estudo e da real presença, no currículo de ensino ao qual são submetidos.

Vários estudantes e alguns professores afirmam não conhecer o PPC e nunca terem ouvido falar, apesar de outros comentarem que a coordenação fala sobre o assunto, na primeira aula do ano, para o primeiro ano da universidade.

Em sua maioria, citam a humanização como pilar do PPC do curso que frequentam.

É... eu não conheço o... o projeto pedagógico da minha universidade, de forma documentada assim... eu sei que os dois pilares da minha universidade, pro curso de medicina, é o avanço tecnológico e a humanização profissional. (E.1a)

Sim, desde o primeiro contato dos nossos estudantes do curso de medicina, já na primeira palestra, com o coordenador, é falado como nosso curso é pautado dentro da humanização médica, que a gente precisa re-humanizar; quando o curso foi criado, isso foi colocado como um dos enfoques principais do curso. (P.1)

Não conheço, não... Não sei, não vi ainda... Não sei se eles existe num documento que e é isso... Mas eu sinto que existe muito humanização dentro da faculdade, até porque a gente é uma das únicas faculdades que tem tanto tempo de Saúde Coletiva e que depois se transforma na Saúde da Família, e esse é um diferencial muito grande da faculdade. (E.2b)

Na verdade eu nunca li o PPC, mas eu sei que é um compromisso da universidade, trabalhar humanização em saúde, inclusive na semana de recepção... Do... Primeiro ano, o coordenador, ela fala que a humanização, ela é um dos pilares da universidade e, eu realmente acredito nisso, a humanização ela é constantemente trazida à tona nas aulas... eu acho bem interessante... mas obviamente, o curso, ele enfoca muito mais na parte química, a parte técnica (E.4b)

Eu conheço o PPC, porque no primeiro ano, eu era representante de turma, então eu li o projeto como um todo; eu vi quais eram as propostas do curso e ele toca bastante em questão de humanização sabe, e isso é muito bom. (E.4a)

A literatura relacionada às mudanças curriculares, a evolução do ensino da medicina, as mudanças trazidas pelas DCNs, já foi exposta algumas vezes até esse momento e define como necessário, o ensino na humanização, exposto no curso em estudo.

Silva, Muhl e Moliani (2015) falam que a formação em saúde necessita formar profissionais habilitados a se comunicar adequadamente com seus pacientes e que os Projetos Pedagógicos dos cursos devem atender a essas necessidades, criar a compreensão, no acadêmico do homem em seu contexto social, cultural, econômico, tratando cada um conforme sua individualidade.

Em relação ao currículo e a presença do ensino de humanização, os estudantes e professores citam que a Saúde Coletiva é um dos eixos do curso, demonstrando validade dos dados documentais discutidos anteriormente, e afirmam a importância da presença da disciplina durante todo o curso e que na Saúde Coletiva a discussão humanística se faz intensamente presente.

Eu estudo na universidade e acredito que, a gente tem esse diferencial de ter saúde Coletiva do primeiro ao sexto ano. (E.3a)

então eles proporcionam, até da disciplina que a gente leciona, de Saúde Coletiva, eles acham de fundamental importância pra formação do médico, a carga horária é bem extensa e a gente tem essa abertura pra trabalhar essas habilidades, essas capacitações dos estudantes. (P.2)

O autor Nunes (1994) discorre sobre a Saúde Coletiva e todo seu processo de formação, de como a necessidade de atender às especificidades de cada população e um pensar comunitário, evoluíram na criação de tal frente de cuidado à saúde. Finaliza, seu artigo, demonstrando a importância da Saúde Coletiva e seus desafios, em implementar os cuidados direcionados à população, cada vez mais necessitada socioeconomicamente.

As discussões da literatura, até o momento, demonstram que todas as metodologias empenhadas na formação humanística do estudante, contribuem para acrescentar habilidades profissionais e que as características trazidas por eles auxiliam, sim, na formação, mas não são pré-requisitos, sendo que a humanização pode e deve ser ensinada na graduação.

A análise documental demonstrou a preocupação do Curso em desenvolver a humanização dos estudantes, desde o início e a observação trouxe dados variados, a

respeito do tema, em que as aulas de SC trabalhavam constantemente habilidades que predispunham a esse desenvolvimento, em graus variados, já comentados, para cada disciplina.

b) Formação do preceptor/ modelo

Os entrevistados falaram especificamente sobre os professores do curso e se esses participavam ativamente do ensino da humanização em saúde. Comentaram sobre os diferentes perfis dos preceptores e em como o perfil influencia a aprendizagem.

se os professores que tão ali trabalhando, não tem essa visão crítica, eles só vão entender aquilo como algo normal, que não seja uma atitude que seja a melhor pro paciente, frente a um profissional... Mas se a gente como professor, tem o olhar bem atento e, e, faz ele refletir sobre esse assunto, a gente faz com que... espero eu, ao longo do curso quando eles virem essas situações, eles se tornem críticos frente a falta de humanização. (P.1)

como que alguém, que não prega a humanização, quer que o médico saia humanizado da faculdade, sendo que ele não teve esse exemplo dentro da faculdade, e quando tem, são raras as exceções, não é o normal. (E.2b)

como que eu posso transmitir e passar bons valores, né, o exemplo, geralmente é a melhor solução, então nós, como docentes, mostrarmos realmente, sermos humanos, pra esses estudantes aprenderem muito pelo exemplo também (P.2)

Acho que mais importante do que ensinar a humanização é comover os professores para serem um modelo de médico mais humano, para ensinarem os estudantes não pelo discurso, mas pelo modelo. É muito mais importante e significativo. Falar sem fazer, é vazio. (P.4)

A gente pode ver como um professor que tem o modelo biomédico trabalha e um professor que tende a um modelo centrado na pessoa trabalha, e a partir disso comparar, a fazer comparações, ver o que é mais eficiente... Trazer uma aproximação melhor com o paciente dessa maneira. (E.3a)

Também varia muito do professor de prática e do período da faculdade que a gente tá, porque alguns professores de prática, tem uma abordagem muito mais ampla, entendem de determinação social, envolve a gente no processo saúde-doença do paciente, enquanto tem outros professores, que chamam o paciente de gordo e infeliz. (E.3a)

Como essas disciplinas são formadas por um grupo de professores, existem resistências nessa mudança de forma igual pra todos eles, e com isso, nem todos os professores têm uma abordagem corajosa acerca da humanização,

alguns ainda têm inseguranças em trabalhar isso, pois, provavelmente, não trabalharam isso em seus cursos ou por não acreditarem. (E.5a)

O modelo do professor como formador de caráter e atitudes profissionais dos estudantes foi intensamente relatado na literatura e demonstra a importância da formação continuada dos professores e da sua percepção como modelo, na busca pelos atendimentos de qualidade. Feuerwerker e Sena (2002), Komatsu (2003), Turini et al. (2008), Rios (2010, 2012b, 2016) e Tempiski (2016) são exemplos de autores que analisaram o tema em questão, sob essa ótica.

Quem ensina, o faz por meio de seu exemplo, numa relação dialética e dialógica entre professor e estudante que completa seu desenvolvimento individual e coletivo. A educação transformadora exige que o professor viva sua prática na máxima excelência do agir e pensar de um médico competente. (TEMPSKI; MARTINS; PARO, 2012; TEMPSKI, 2016)

O currículo oculto pertence às grandes discussões atuais, em relação à educação, nele, segundo Lampert (2002), o processo de socialização do estudante, que incorpora comportamento e valores de grupos médicos, para pertencer a eles, ao segmento social. O estudante identifica os valores que trazem prestígio e se transforma. Por isso, a necessidade tão grande do cuidado dos professores em suas atitudes morais.

Nas observações de campo, fez-se visível a influência de cada professor no modelamento das atitudes dos estudantes, nas suas participações, no agir com o paciente, na conversa com a equipe de saúde. Havia atitudes diferenciadas perceptíveis para cada professor observado e reações diferenciadas dos estudantes.

Os documentos do curso preveem o preceptor como modelo, porque definem, no PPC, quais condutas os professores devem tomar, quais atitudes mais corretas e as habilidades que devem ter, para poderem desenvolver no estudante. Preveem a necessidade do professor ser um médico de condutas adequadas, ético, competente e atualizado profissionalmente para que influencie positivamente na percepção dos estudantes.

Por fim, pode-se resgatar, ao final de cada Unidade de Significação e Contexto, a correlação da análise das entrevistas com as observações dos Diários de Campo e a análise documental utilizadas no estudo, o que trouxe a importância da

discussão do tema Humanização em Saúde e descreveu a prática diária da IES em questão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade do ensino médico e das relações, por ele organizadas, é imensurável; são muitos os fatores que interagem na aquisição de conhecimento pelo estudante, desde seus valores e formação pessoal, que diferem muito entre cada pessoa e família, até o modo como se relaciona; a relação dialética e dialógica professor-estudante e o modelo exercido pelo professor em seu processo educacional; as vivências profissionais com todas as suas subjetividades inter-relacionais incorporadas por esses estudantes; as organizações curriculares e toda gama de conhecimento oculto contida nelas; a transformação geracional sofrida pelo estudante, em seis anos.

Todos esses e muitos outros fatores se relacionam no processo de ensino e aprendizagem das universidades e são absorvidos pelos estudantes de diferentes formas.

Dentro das competências necessárias a serem aprendidas, a Humanização em Saúde se destaca, como habilidade a ser desenvolvida e treinada, constantemente, do primeiro ao sexto ano, com a finalidade de desenvolvimento de um profissional competente, cuidadoso, respeitoso, que olha o paciente de uma forma integral e oferece seus cuidados destinados às necessidades desse paciente e à comunidade em que vive.

A partir da pesquisa realizada e da interação entre os dados obtidos pela triangulação da análise documental, da observação participante, na rotina da universidade e das entrevistas a professores e estudantes, foi possível concluir alguns pontos importantes.

Talvez, a descoberta mais significativa dessa pesquisa foi a de que as habilidades de humanização em saúde podem ser ensinadas e aprendidas, elas não dependem apenas de um modo de ser dos estudantes, já voltado à humanização; as habilidades de humanização dependem:

- de metodologias de ensino e aprendizagem ativas e práticas, que predisponham ao aluno ampliar seu olhar para além do fisiológico e do biológico, com percepção e vivência dos determinantes de saúde e doença que permeiam cada pessoa e a subjetividade envolvida no cuidado de cada paciente, além do conhecimento amplo do Sistema de Saúde e de sua rede de atendimento;

- da incorporação das artes (leitura, cinema, narrativas, teatro, música, etc), nas metodologias de ensino e aprendizagem, como um meio de acessar os sentimentos dos estudantes, o subjetivo, a ampliação do seu olhar para além da doença e do físico;
- da organização curricular das IES, que devem se pautar em um modelo integrado de currículo, em que a interdisciplinaridade é base, com integração horizontal e vertical das disciplinas;
- de professores que reconheçam seu papel de modelo e exerçam a medicina com base nos princípios éticos exigidos e demonstrando seu olhar ampliado ao cuidado, sua própria humanização, necessária aos profissionais em formação;
- da continuidade de ensino permeando todos os anos do curso e a maioria das disciplinas, para que o aprendizado seja consistente e duradouro;
- de treinamento intensivo das habilidades de competência relacional: entre estudantes, entre professor e estudante, com profissionais de saúde e com pacientes;
- com enfoque no treinamento das habilidades e ferramentas do Método Clínico Centrado na Pessoa, demonstrando a necessidade de um atendimento individualizado e voltado para cada paciente, para cada necessidade observada em consulta integral.

Pôde-se perceber, pela análise documental, que a IES, em estudo, apresenta várias características que predispõe ao desenvolvimento da humanização: o ideal de humanização permeia o PPC e os Planos de Ensino das disciplinas de Saúde Coletiva; a disciplina de Saúde Coletiva é uma das 5 grandes áreas de conhecimento trabalhadas na Universidade e permeia do primeiro ao quinto anos do curso; as Ementas das disciplinas de Saúde Coletiva contém conteúdos que, em sua maioria, predispõem ao desenvolvimento das habilidades de humanização.

Ainda assim, alguns pontos podem ser melhorados, nessa IES, na busca do aprimoramento do ensino da Humanização em Saúde: o currículo não é do modelo integrado e não contempla a interdisciplinaridade; o ensino da Humanização em Saúde deve permear até o sexto ano e em todas as disciplinas do Curso (outras disciplinas não foram o enfoque do estudo), o uso de metodologias de ensino e aprendizagem cada vez mais práticas e vivenciais e o uso das artes, dentre as metodologias, deve ser ampliado e encorajado.

Na observação-participante pode-se concluir que as disciplinas de Saúde Coletiva, como um todo, exibem a preocupação com o desenvolvimento da humanização do estudante e da ampliação do seu olhar para além dos fatores biológicos da saúde.

Mesmo assim, foi perceptível a necessidade de aprimoramento de algumas características da IES, em estudo: treinamento constante dos professores, no desenvolvimento de suas habilidades de ensino da humanização, com enfoque nas metodologias utilizadas em aula e no seu próprio modelo de profissional, para o estudante, para que todos os professores do curso homogeneizem seus objetivos; o repensar das atividades do quarto ano, em Saúde Coletiva, que exibem objetivos puramente científicos e afastam os estudantes das vivências e práticas da Saúde Coletiva, do Sistema de Saúde e da humanização; a extensão do ensino de habilidades de humanização para outras disciplinas do curso e até o sexto ano, para que a continuidade de trabalho predisponha um desenvolvimento mais completo aos estudantes.

Na comparação das experiências dos docentes e estudantes, na aplicabilidade das práticas de ensino e aprendizagem utilizadas na Universidade, em estudo, os resultados correspondem aos encontrados na análise documental e observações de campo, já citadas.

Os discursos se assemelham em relação às metodologias de ensino da humanização, com preferências para as vivências e práticas no Sistema de Saúde e comunidades, nas atividades práticas em que podem realizar ações efetivas, no uso das artes para ampliação do olhar integral.

Também foi detectada a necessidade de aprimoramento do ensino e estímulos contínuos, em todas as disciplinas e todos os anos do curso, além da necessidade de ampliação do currículo para o trabalho interdisciplinar. O perfil diferenciado de cada professor foi citado como uma estratégia importante a ser revista, treinada e estimulada, na busca pela homogeneização das atitudes de humanização.

Por fim, a correlação com a literatura atual demonstrou semelhança com os parâmetros discutidos pela triangulação dos dados e revelou a necessidade de aprimoramento cada vez mais constante dos cursos de medicina e a ampliação dos incentivos para o ensino da Humanização em Saúde como enfoque para as mudanças

no cuidado profissional, destinados aos pacientes, para as mudanças que a Medicina necessita.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. J. **A organização dos serviços de saúde em Londrina: antigos e novos registros de uma experiência em processo.** Londrina, INESCO: 2013.

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde: a mudança é possível.** 2. ed. Rio de Janeiro: ABEM, 2011.

AMORE FILHO, E. D.; DIAS, R. B.; TOLEDO JR, A. C. C. Ações para a retomada do ensino da humanização nas escolas de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 42, n. 4, p. 14-28; 2018.

AMORIM, K. et al. Mediarte com amor e humor: uma Experiência a partir do Olhar dos Participantes. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 39, n. 2, p. 294-301; 2015.

AMORIM, K.; BEDAQUE, H. A percepção dos estudantes de medicina sobre a influência do mediarte na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 42, n. 2, p. 54-62, 2018.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

AYRES, J. R. C. M. et al. Humanidades como Disciplina da Graduação em Medicina. **Revista Brasileira De Educação Médica.** v. 37, n. 3, p. 455-463, 2013.

BALBI, L.; LINS, L.; MENEZES, M. S. A literatura como Estratégia para reflexões sobre Humanismo e Ética no Curso médico: um Estudo Qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 41, n. 1, p. 152-161, 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70. 2016.

BARTOLO, E. B. *et al.* Humanidades médicas – Metodologia utilizada no Curso de Medicina do Centro Universitário Lusíada (Unilus). **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 41, n. 3, p. 449-453, 2017.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface.** Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BINZ, M. C.; MENEZES FILHO, E. W.; SAUPE R. Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistencial. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 34, n. 1, p. 28-42, 2010.

BITTAR, Y. **Um laboratório para a humanização em saúde: o laboratório de humanidades e a literatura como instrumento de humanização.** 2011. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de

São Paulo, São Paulo, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES no. 4, de 07 de novembro de 2001. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina.** Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES no. 3, de 20 de junho de 2014. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina.** 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

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BURSZTYN, I. Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva? **Cadernos da ABEM**, v. 11, p. 7-19, 2015.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, M. M. **Inovação na formação médica no Brasil e na Espanha:** estudo de caso na Universidade Federal da Fronteira Sul e na Universidade de Valladolid. 2016. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, 2016.

COTTA, R. M. M. *et al.* Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 171–179, 2013.

DALTRO, M. R.; BUENO, G. Ludicidade e narrativa: estratégias de humanização na graduação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 34, n.4, p. 497-505, 2010.

DORICCI, C. G.; GUANAES-LORENZI, C.; PEREIRA, M. J. B.. Programa Articuladores da Atenção Básica: construindo humanização através do diálogo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1271-1292, 2016.

FERREIRA, D. C. *et al.* A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 2, p. 283-288, 2014.

FERREIRA, R. *et al.* Relações éticas na Atenção Básica em Saúde: a vivência dos estudantes de medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. supl. 1, p. 1533-1540, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica.**

Rio de Janeiro: ABEM, 2002b.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e de Marília.** São Paulo. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002a.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. A. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GOMES A. M. A. *et al.* Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente. **Revista Atenção Primária em Saúde**, v. 14, n. 4, p. 435-446, 2011.

GOMES, A. P. *et al.* Atenção Primária à Saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 541-549, 2012.

GOULART, B. N. G. DE; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255–268, 2010.

HORTALE, V. A. *et al.* (org.). **Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

KOMATSU, R. S. **Aprendizagem baseada em problemas na Faculdade de medicina de marília: sensibilizando o olhar para o idoso.** Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista, Campus de Marília, 2003.

KOTTOW, M. Humanidades Médicas: decorativas ou substantivas? O caso da literatura e da Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 3, p. 293-298, 2014.

LAMPERT J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no brasil.** Rios de Janeiro. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2002.

MAEYAMA, M. A. *et al.* Projeto Sérgio Arouca: relato de experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 45-54, 2018.

MAKABE, M. L. F.; MAIA, J. A. Reflexão discente sobre a futura prática médica através da integração com a equipe de saúde da família na graduação. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 127-132, 2014.

MARINS, J. J. N. *et al.* **Educação médica em transformação: instrumento para construção de novas realidades.** São Paulo: Hucitec, 2004.

MARTINS, M. P. **Estratégias pedagógicas no ensino da clínica ampliada na atenção primária à saúde**: percepções e vivências dos alunos de graduação médica. Botucatu. 2015. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2015.

MHERY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E. *et al.* **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-72.

MINAYO, M. C. **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

NEVES, E. P.; ZAGONEL I. P. S. Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 73-79, 2006.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

OSMO, A; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. supl. 1, p. 205–218, 2015.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde**: prática e reflexão. São Paulo, Áurea, 2009b.

RIOS, I. C. *et al.* A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP – um caminho para o ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 112–121, 2008.

RIOS, I. C. Humanidades médicas como campo de conhecimento em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 1, p. 21–29, 2016.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 253–261, 2009a.

RIOS, I. C. **Subjetividade contemporânea na educação médica**: a formação humanística em Medicina. Tese(doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010a.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. A relação professor-estudante em medicina — um estudo sobre o encontro pedagógico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p. 308-316, 2012b.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. **Humanização e Humanidades em Medicina: a formação médica na cultura contemporânea**. São Paulo, UNESP, 2012a.

SILVA, L. A.; MUHL, C.; MOLIANI, M. M. Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de medicina. **Psicologia Argumento**, v. 33, n. 701, p. 298, 2015.

SILVA, M. R. *et al.* Literatura e Humanização: uma Experiência Didática de Educação Humanística em Saúde. **Revista Brasileira de educação Médica**, v. 40, n. 1, p. 93-101, 2016.

SOUZA M. S. A.; GALLIAN D. M. C.; MACIEL R. M. B. Humanidades médicas no Reino Unido: uma tendência mundial em educação médica hoje. **Revista de Medicina**, v. 91, n. 3, p. 163-173, 2012.

STEWART, *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

STREIT, D. S. *et al.* (org.). **10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: ABEM, 2012.

TEMPSKI, P. Z. Educação Médica transformadora e progressista. **Revista de Ciências da Saúde da Amazônia**, n. 2, p. 3-5, 2016.

TEMPSKI, P.; MARTINS, M. A.; PARO, H. B. M. S. Teaching and learning resilience: A new agenda in medical education. **Medical Education**, v. 46, n. 4, p. 343-348, 2012.

ZARPELON L. F. *et al.* **Projeto Pedagógico Do Curso De Medicina**; Curitiba: Universidade Positivo, 2016. 124 p.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, (nome do sujeito da pesquisa, nacionalidade, idade, estado civil, profissão, endereço, RG), estou sendo convidado a participar de um estudo denominado **A SAÚDE COLETIVA E O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: UMA VISÃO AMPLIADA DAS METODOLOGIAS DE ENSINO**, cujos objetivos e justificativas são: avaliar e comparar as práticas metodológicas, da disciplina de Saúde Coletiva, que desenvolvem o sentimento de humanização nos estudantes de Medicina, da Universidade Positivo, sob a visão dos docentes e estudantes.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder uma entrevista sobre as metodologias e assuntos de aulas de Saúde Coletiva. Fui informado que a entrevista será gravada, com confidencialidade das falas.

Fui informado dos métodos de coleta de dados utilizados para a pesquisa, que envolvem a combinação de três modos: pesquisa-participante, em que o pesquisador estará presente, analisando as aulas de Saúde Coletiva; o estudo documental dos Planos de ensino, planos de aula, objetivos das disciplinas e sistemas de avaliação; e entrevistas com os participantes.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: demonstrar a efetividade das aulas e metodologias de aulas de Saúde Coletiva em desenvolver a humanização nos estudantes, a fim de que, no futuro, como profissionais, demonstrem uma abordagem mais voltada ao paciente e suas necessidades.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, posso ser exposto pela pesquisa e pode haver quebra do meu anonimato; também posso sentir algum desconforto com as perguntas. Todos esses riscos serão cuidadosamente evitados pelos pesquisadores, com proteção na hora da entrevista (ambiente protegido, isolado, em data combinada) e exclusividade de acesso às entrevistas, para os pesquisadores.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Mariana Franco Ribeiro de Oliveira, Faculdades Pequeno Príncipe e Márcio José de Almeida e com eles poderei manter contato pelos telefones (41) 9.9184-1943 e (41)9.9715-3471.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma de dinheiro, no mesmo momento da participação. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Curitiba, 26 de fevereiro de 2018

Participante

Mariana Franco Ribeiro de Oliveira

Prof. Dr. Márcio José de Almeida

APÊNDICE B - ENTREVISTA COM ESTUDANTES

Perguntas disparadoras:

1. Qual o seu pensamento sobre a humanização em saúde na prática médica atual?
2. Qual o seu pensamento sobre a importância do ensino da humanização em saúde nos cursos de medicina?
3. Você conhece o Projeto Pedagógico do seu curso? Existem definições da necessidade de trabalhar a humanização em saúde no Projeto Pedagógico?
4. As disciplinas de Saúde Coletiva trabalham de forma explícita com o tema humanização em saúde? Outras disciplinas também o fazem?
5. Como você define o ensino da humanização em saúde, nas disciplinas de Saúde Coletiva, no curso de medicina, ao qual você está cursando?
6. Descreva que tipo de aula/ metodologia desenvolve práticas de humanização em saúde. Cite durante o seu curso, qual, nas disciplinas de Saúde Coletiva, cumpriu com esse objetivo.
7. Você acredita que, com metodologias de aula adequadas ao desenvolvimento da humanização em saúde, o profissional formado terá atitudes práticas mais adequadas ao atendimento de pacientes em toda a sua complexidade/ integralidade?

APÊNDICE C - ENTREVISTA COM PROFESSORES

Perguntas disparadoras:

1. Qual o seu pensamento sobre a humanização em saúde na prática médica atual?
2. Qual o seu pensamento sobre a importância do ensino da humanização em saúde nos cursos de medicina?
3. Existem definições da necessidade de trabalhar a humanização em saúde no Projeto Pedagógico do curso em que você leciona?
4. Na disciplina de Saúde Coletiva em que você leciona, há a preocupação com o desenvolvimento da humanização em saúde? Cite como.
5. Como você define o ensino da humanização em saúde, nas disciplinas de Saúde Coletiva como um todo, no curso de medicina em que você leciona?
6. Descreva que tipo de aula/ metodologia/ assunto, que você aplica na sua disciplina, desenvolve práticas de humanização em saúde.
7. Você acredita que, com metodologias de aula adequadas ao desenvolvimento da humanização em saúde, o profissional formado terá atitudes práticas mais adequadas ao atendimento de pacientes em toda a sua complexidade/ integralidade?