**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**MARIA ELIZABET LAUTERT DE SOUZA**

# FORMAÇÃO MÉDICA E HUMANIZAÇÃO

**São Paulo**
**2018**

**MARIA ELIZABET LAUTERT DE SOUZA**

# FORMAÇÃO MÉDICA E HUMANIZAÇÃO

(Versão original)

Relatório apresentado ao Instituto de Psicologia para defesa da tese de doutorado. Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. Orientadora: Professora Doutora Eda Marconi Custódio.

**SÃO PAULO**

**2018**

# Formação Médica e Humanização

MARIA ELIZABET LAUTERT DE SOUZA

Tese submetida ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Aprovada em _____/____/_____.

Banca Examinadora

_____

Profª. Drª. Eda Marconi Custódio – Orientadoras – IPUSP

_____

Profa. Dra. Maria Julia Kovacks – IPUSP

_____

Profª. Drª. Maria Luisa Sandoval Schmidt – IPUSP

_____

Prof. Dr. Reinaldo Ayer de Oliveira – FMUSP

_____

Profª. Drª. Rosemary Roggero – Uninove

## AGRADECIMENTO

Agradeço à Universidade de São Paulo e ao Instituto de Psicologia pela experiência enriquecedora de contato com o mundo acadêmico e científico.

Aos professores e estudantes de Medicina que tornaram possível esta pesquisa, com suas histórias, alegrias, sofrimentos e conhecimento compartilhados comigo.

À minha orientadora, Profª. Drª. Eda Marconi Custódio, por toda a sua dedicação, pela forma carinhosa de dar a direção, por sua generosidade em dedicar seu tempo, demonstrar confiança e sempre incentivar, acreditando inclusive nos momentos mais difíceis, e por sua habilidade em compartilhar seus conhecimentos, respeitando o ritmo e a habilidade de cada um de seus orientandos.

À Olivia, à Sandra e ao Ari que me orientarem nos passos necessários.

Às professoras Malu e Rose pela acolhida ao projeto, pelo aprendizado e pelo espírito de contribuição, gratidão.

À minha filha Karen, pelo incentivo constante, por seu bom humor, pela alegria, pelo carinho, pela compreensão das minhas ausências e por todo apoio incondicional e amoroso.

Ao meu filho Rodrigo, por seu carinho, incentivo e torcida firme e amorosa.

À minha nora Márcia, por seu carinho incondicional e torcida.

Ao meu filho Ricardo por sua alegria.

Aos meus netos Sabrina e Rafael por seu companheirismo, carinho, bom humor, boa disposição e alegria contagiantes, e compreensão da minha falta de tempo e atenção.

Aos meus netos Tamires e Gabriel, por serem tão gentis e queridos, o que aquece o coração.

As minhas queridas colegas e amigas que me incentivaram a continuar e aos queridos colegas pelo encorajamento.

*"O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros."*

*Paulo Freire (1996)*

# RESUMO

SOUZA, Maria Elizabet Lautert de. **Formação médica e humanização**. 2018. 160f. Tese de Doutorado, Psicologia Escolar e de Desenvolvimento Humano – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.[1]

A formação médica e a humanização da Medicina tem sido tema de atenção crescente nas áreas da Educação e da Saúde brasileiras. Esta pesquisa teve por objetivo analisar e discutir a formação em Medicina quanto a aspectos relacionados com a visão humanista e humanizada da profissão, bem como as influências da cultura médica e dos sujeitos envolvidos no processo de formação técnica e humanística. Considerou-se que professores e estudantes fazem parte de um contexto social e cultural em que se dá a graduação, a prática médica e a formação, tanto pessoal quanto profissional. Os participantes convidados foram quatro professores e quatro estudantes de Medicina. Foi utilizada a História Oral como método de entrevista, com uma questão inicial disparadora. As narrativas indicaram núcleos temáticos com estreita relação com os objetivos desta pesquisa. Os recortes nas narrativas, destacados nos resultados, foram analisados com fundamentos teóricos relacionados à formação médica e humanização, à luz da Teoria Crítica da Escola de Frankfurt e com contribuições de autores da Sociologia, da Psicologia, da Medicina e da Educação, com os quais fosse possível estabelecer diálogo. Verificou-se um consenso entre os entrevistados – professores e alunos – quanto a ênfase e importância dada à capacitação técnica, sem o que não haveria o exercício adequado da profissão. Reconhecem também a importância das práticas humanizadas na saúde, e o fato de que a humanização deve ser desenvolvida e praticada desde a formação, estendendo-se ao exercício da profissão. No entanto, comentam de diferentes modos a necessidade de uma mudança estrutural, que abarque a cultura médica acadêmica e hospitalar e, de forma mais ampla, o sistema de saúde imerso na cultura da sociedade brasileira.

Palavras-chave: Formação médica. Humanização. Educação Médica. Humanidades na Medicina.

[1] Importante destacar que esta pesquisa não tem o propósito e nem a finalidade de gerar conflito de interesse.

# ABSTRACT

SOUZA, Maria Elizabet Lautert de. **Medical education and humanization**, 2018. Thesis (PhD in School Psychology and Human Development) - Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2018. [2]

The medical education and humanization of Medicine has been a topic of growing attention in the areas of Brazilian Education and Health. The aim of this research was to analyze and discuss medical education regarding aspects related to the humanistic and humanized view of the profession, as well as the influences of the medical culture and the individuals involved in the process of technical and humanistic education. It was considered that teachers and students are part of a social and cultural context in which the graduation, medical practice and education are provided, both in personal and professional field. The invited attendees were four teachers and four medical students. Oral History was used as an interview method, with an initial triggering question. The narratives indicated thematic nuclei closely related to the aims of this research. The narrative clippings, highlighted in the results, were analyzed with theoretical foundations related to medical education and humanization, in the light of the Critical Theory of the Frankfurt School and with contribution from Sociology, Psychology, Medicine and Education authors, with whom dialogue was possible. There was a consensus among the interviewees - teachers and students - regarding the emphasis and importance given to technical training, without which there would be no adequate exercise of the profession. Furthermore, they recognize the importance of humanized practices in health, and the fact that humanization must be developed and practiced since the education, extending to the exercise of the profession. However, in different ways, the necessity of a structure change which embraces the medical, academic and hospital culture and, more broadly, the health system immerse in the Brazilian society culture was remarked.

Key words: Medical Education. Oral History. Humanization. Health.

[2] It is substantial to highlight that this research does not have the purpose or the goal of generating conflict of interest.

# LISTA DE SIGLAS

11ª CNS – 11ª Conferência Nacional de Saúde

Abem – Associação Brasileira de Educação Médica

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

Caem/Abem – Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Cobem – Congresso Brasileiro de Educação Médica

Cremesp – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

Fies – Fundo de Financiamento Estudantil

FURG – Universidade Federal de Rio Grande

MCCP – Método Clínico Centrado na Pessoa

Maea – Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem

MEC – Ministério da Educação e Cultura

PNH – Política Nacional de Humanização

Prouni – Programa Universidade para Todos

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRN – Universidade Federal de Rio Grande do Norte

USP – Universidade de São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 12

1.1 Formação e humanização..... 15

1.2 Medicina: história e formação médica ..... 22

1.2.1 Aspectos históricos..... 22

1.2.2 Criação das Escolas Médicas..... 29

1.2.3 Medicina Liberal e Saúde: o espaço social e profissional do médico na virada do século XX..... 38

1.2.4 Medicina e espaço do médico no século XX e XXI..... 42

1.2.5 Educação Médica..... 44

1.2.6. Medicina centrada na pessoa..... 47

1.3 Sujeito, cultura, sociedade, formação e trabalho..... 48

1.3.1 A pessoa que escolhe..... 49

1.3.2 Cultura e sociedade..... 55

1.3.3 Formação..... 60

1.3.4 Profissão, carreira, trabalho..... 65

2 OBJETIVOS..... 70

2.1 Objetivo geral..... 70

2.2 Objetivos secundários..... 70

3 MÉTODO..... 71

3.1 Participantes..... 71

3.2 Instrumento..... 71

3.3 Procedimentos ..... 71

3.4 Aspectos éticos..... 75

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 76

4.1 Escolha da Medicina..... 78

4.2 Formação..... 87

4.2.1 Formação: o que mudou durante o curso..... 91

4.2.2 Formação – perfil do aluno..... 98
4.2.3 Formação: Estágios – Internato..... 106
4.2.4 Formação – relação médico-paciente..... 113
4.3 Humanização..... 118
4.3.1 Humanização – modelo do professor..... 120
4.4 Trabalho – a Medicina é um trabalho ..... 132
4.4.1 Preparação para o trabalho..... 136
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 143
REFERÊNCIAS..... 146
ANEXOS..... 155

# 1 INTRODUÇÃO

A curiosidade acerca da formação daqueles que se dedicam à Medicina se justifica, em um primeiro momento, à medida que sua atividade profissional diz respeito à saúde de todos. Esta relação da sociedade, e de cada indivíduo, com os médicos que atendem e participam dessa mesma sociedade é permeada por vários aspectos. Todos esses aspectos são, sem dúvida, muito relevantes, pois dizem respeito à saúde das pessoas e de como isso se dá e como afeta cada indivíduo, na medida em que todos são usuários potenciais do sistema de saúde brasileiro.

As indagações quanto à formação dos médicos surgem a partir do que está posto e de uma vivência, tanto profissional quanto acadêmica. Esta formação médica e todos estes aspectos que podem estar envolvidos, dizem respeito, grosso modo, à própria sociedade, e à cultura como um todo, e em particular aos grupos sociais a que estão vinculados, incluídos aí a família, bem como a educação e a escolarização. Acrescente-se o fato da pesquisadora ser psicóloga, educadora, com formação em Saúde e Trabalho e ter convivido com vários profissionais de saúde, em ambiente hospitalar, e, entre eles, os médicos, enquanto atuava como pesquisadora e psicóloga do trabalho no Serviço de Saúde Profissional (SSO) do HC-FMUSP. Junte-se a isto, também, uma especialização na área de Educação: Formação de Docentes de Ensino Superior.

Esse percurso de estudos e experiências na área de Saúde e Trabalho, e de Educação, assim como a participação em equipe multidisciplinar para o atendimento do paciente trabalhador, tendo o médico como o principal ator, levaram a questionamentos sobre o médico, seu trabalho, sua identidade, sua autoridade e sua formação. A partir destes questionamentos foi realizada a pesquisa e a dissertação de mestrado com o título "Formação, trabalho e identidade: expectativas pessoais e profissionais de futuros médicos".

A pesquisa de mestrado foi desenvolvida junto a estudantes de uma escola médica privada, tendo assumido as características de um estudo de caso. Foram observadas atividades curriculares tais como *workshops* visando à aplicação de Exame Clínico Objetivo Estruturado por Estações (OSCE)[3], vivências de simulação com alunos, atores e manequins. Também foi estudado o Projeto Político Pedagógico do curso de Medicina. Os participantes convidados

---

[3] Quanto à definição e aplicabilidade do OSCE, tem-se que: é atualmente considerado um dos métodos mais confiáveis para avaliação de competências clínicas de estudantes e residentes, assim como para certificação profissional e avaliação de profissionais médicos em atividade. Numa OSCE típica, os examinandos se alternam por um número determinado de estações, onde se encontram pacientes reais ou padronizados, com o propósito de realizar diferentes tarefas clínicas. Habitualmente, professores avaliadores observam os examinandos e registram os aspectos do desempenho baseados numa *checklist* previamente estruturada. Como já relatado, as limitações do método estão diretamente relacionadas a seu custo e segurança e também por ser considerado uma atividade bastante trabalhosa em relação a seu preparo e execução (AMARAL; TRONCON, 2007, p. 82).

foram entrevistados com o uso da História Oral. De suas narrativas foram criadas categorias para análise de conteúdo.

Ao longo do período de mestrado, nos anos de 2011 e 2012, e depois, foram apresentados trabalhos concernentes ao tema em congressos e simpósios na forma de comunicações e pôsteres. A pesquisadora também atuou como avaliadora de painéis, em congresso de Psicologia.

A fundamentação teórica da dissertação de mestrado contemplou as áreas de: Educação, Psicologia, Sociologia, Filosofia e Medicina, tendo por referencial teórico norteador a Teoria Crítica da Escola de Frankfurt, com os autores da primeira geração.

Durante todo este caminhar da pesquisa do mestrado, o tema da formação médica, humanização e as questões relativas às características tecnicistas do curso de Medicina foram ganhando corpo e espaço.

Ao longo da abordagem teórica, poderá ser visto que a humanização não é uma definição ou conceito simples ou fechado, é algo que parece estar em permanente construção. Tem-se de um lado, todo um esforço acadêmico e de políticas públicas em chegar a um consenso sobre o que deve ser a humanização nos serviços de saúde. De outro lado, tem-se a opinião dos usuários desses serviços, da população, da mídia e a própria expectativa e percepção do que deveria ser a humanização no atendimento. A questão que se colocou foi o que os profissionais de Medicina pensam a respeito de humanização.

A ideia de pesquisar sobre a formação médica e aspectos da humanização, abordar os conceitos e definições do ponto de vista dos próprios médicos, dos professores e dos estudantes de Medicina, foi se configurando nesse período.

Atualmente o tema da humanização da Medicina tem suscitado discussões e movimentos em prol de sua efetivação na prática médica. A formação em Medicina e a visão humanista da atividade médica: quais as influências de professores e de seus valores, que permeiam o discurso e a prática, na constituição de uma visão humanista da Medicina por parte do formando, na percepção de alunos e professores? Como a estrutura do curso influencia na constituição da visão humanista da profissão?

Para responder a essas questões, há que se considerar que professores e estudantes fazem parte de uma sociedade, com sua cultura e história, contexto em que se dá a graduação com todas as suas implicações, a prática médica e a formação, tanto pessoal quanto profissional.

Foi realizado um levantamento, no banco de teses da Capes[4], relacionado ao tema da pesquisa contendo os termos "*formação médica"* e "*humanização"*. Com o termo "*formação médica"*, foram encontradas 73 teses no período de 2000 a 2017.

Com as palavras "*formação médica"* e *"humanização"*, encontrada apenas uma tese de doutorado que contêm os termos em seu título. Trata-se tese de Antonia Nubia Oliveira Alves de Souza, *A concepção de humanização no contexto da formação médica: o caso da UFRN,* de 2014, da UFRN.

Souza (2014), em sua pesquisa, faz uma análise da faculdade de Medicina da UFRN, do ponto de vista de docentes e discentes quanto ao processo da formação médica com visão humanizada, tomando como aporte as discussões sobre humanização.

Com as palavras *"educação médica e humanização"*, ou ainda *"ensino médico e humanização"*, no título, não houve resultado.

Com as palavras *"educação médica"* e "*humanística"*, no título, foram encontradas apenas duas teses de doutorado, a tese de Izabel Cristina Rios, *Subjetividade contemporânea na educação médica: a formação humanística em medicina,* de 2010, da USP. E a tese de Hugo Cataud Pacheco Pereira, *"Educação médica a partir da perspectiva humanística de Carl Rogers: uma vivência de sala de aula"*, de 2013, da FURG.

Pereira (2013) traz como referência o perfil do egresso do curso de Medicina, preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que deverá ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, bem como inúmeras competências técnicas e "com um perfil ético e moral ilibado". Dirige sua atenção para a atuação docente e a sua respectiva formação, como sendo o professor um modelo que tem influência sobre a formação do perfil dos egressos. Recomenda a necessidade de os docentes estarem sintonizados com o que as diretrizes orientam, que devem valorizar os saberes técnicos e didático-pedagógicos, bem como um perfil humanista, destacando a empatia, a congruência, a aceitação e o perfil facilitador. Continua seu estudo analisando e buscando identificar as contribuições e influências do docente para a formação de um médico com perfil humanista, tendo como referência a perspectiva discente.

Rios (2010) destaca a formação tecnicista, centrada no ensino e aprendizagem de competência técnico-científica, como uma das causas de dificuldades na relação afetiva com os pacientes. Em sua experiência como docente, buscou a inclusão de disciplinas de Humanidades no currículo do curso de Medicina, e relata que tem sido um desafio. A autora pondera acerca

[4] Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (*Capes*).

da dificuldade de aquisição dos conceitos e da aceitação das disciplinas de Humanidades, e supõe que exista uma relação com a construção da identidade médica. A autora discorre sobre a subjetividade contemporânea como um dos fatores de entrave nas relações interdisciplinares na formação médica.

## 1.1 Formação e humanização

A formação é um conceito abrangente que vai além dos aspectos que envolvem a graduação, sua estrutura e seus atores. A partir desta concepção pode-se buscar a compreensão do que seja uma formação humanizada. As condições em que se dão os processos formativos podem favorecer o desenvolvimento de consciência dos sujeitos, tanto formadores quanto formandos.

Em "Educação e Emancipação", Adorno (1995a) refere-se a um "processo de coisificação que impede a experiência formativa" (p. 22), substituindo-a por uma maneira de pensar e refletir afirmativas, que mantém a situação vigente, o que ele denomina de pseudoformação própria da sociedade capitalista. Abarca uma análise em que o humano está coisificado, imerso em uma sociedade administrada, em que a Educação, passou a ser mercadoria. Este contexto, do humano coisificado, amplia a dificuldade de entendimento e de prática da humanização em todos os setores sociais, para além da Educação.

A humanização da Medicina como meta a ser alcançada, embora isso possa, à primeira vista, parecer um paradoxo, trata-se de um objetivo que mobiliza o próprio meio médico, conforme alguns autores citados a seguir.

De acordo com Simões (2013), a relação entre o estudante de Medicina e o paciente deve ir além do técnico formal, é uma relação humana, que envolve respeito, responsabilidade e vínculo. O estudante de Medicina precisa ser atencioso e sempre levar em conta as queixas do paciente, valorizando-as. Como base do humanismo da profissão, considera o sentimento de compaixão que deve acompanhar professores e alunos no exercício de sua profissão.

Entre os estudos brasileiros, pode-se citar também o trabalho das médicas Izabel Cristina Rios e Lilia Blima Schraiber (2012), em que discutem sobre a humanização e Humanidades no ensino da Medicina. Em suas reflexões, as autoras indicam as resistências de alunos e estudantes quanto ao ensino de matérias de Humanidades no curso de Medicina; ensino que é da maior relevância ao considerar-se que as Humanidades promovem o entendimento do que seja humanização.

Para Mario de Marco et al. (2013), a humanização é um processo, não é algo natural com que se nasce, e trata-se de uma tarefa nada simples. Implica na construção de um sujeito social e histórico que levou milhares de anos para ser formado e para a qual a comunicação desempenha um papel fundamental.

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, é um marco do retorno do país ao regime democrático. Existe a busca pela implantação de um estado de bem-estar social. Neste contexto, a carta constitucional, em seu artigo 196, prevê a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que garante, a toda população brasileira, acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde, em uma ampla reforma sanitária, como um movimento com implicações políticas e sociais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O SUS foi criado para prestar atendimentos, desde os mais simples, ambulatoriais, até os mais complexos, como os transplantes de órgãos. É considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo. Foi instituído como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um "direito de todos" e "dever do Estado" e está regulado pela Lei nº. 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde (BRASIL, 2011).

De acordo com Pasche (2010), a 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo tema central foi "Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social", ocorrida em 2000, foi uma convocação no sentido de humanizar o SUS. O HumanizaSUS "nasce deste processo, encarnando-se como política pública, pois emana de anseios do povo brasileiro, que registrou naquela conferência o desafio de humanizar o SUS" (p. 64).

Esta 11ª CNS coloca em evidência a necessidade de que o cuidado prestado, tanto nas ações quanto nos serviços de saúde, seja humanizado, e que haja melhoria da "qualidade técnica da assistência, no acolhimento das pessoas e na capacidade resolutiva de cada tratamento." Destaca ainda que a humanização dos processos de trabalho no SUS também "depende das condições de trabalho a que o trabalhador está submetido" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000, p. 21).

Para entender melhor o que significa este controle social do SUS, busca-se na Lei nº 8.142/90[5], no artigo primeiro, segundo parágrafo, o que está previsto:

> O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de

[5] A Lei nº 8.142/90, do Planalto, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

> saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990b).

A Lei nº 8.080/90[6], por sua vez, determina que:

> Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.
> Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990a).

Com isso, a partir de 1990 e do disposto nas leis citadas, a atuação da sociedade no sistema de saúde é ampliada, "democratizada e passou a ser qualificada por *controle social*. Controle da sociedade sobre a política de saúde. Com isso, a lógica tradicional do controle social exercido exclusivamente pelos governos era invertida" (BRASIL, 2013b, p. 38).

Foi desta maneira que a sociedade passou a participar da gestão do sistema de saúde. Foi por meio dos Conselhos de Saúde, que a população:

> [...] passou a exercer o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde (BRASIL, 2013b, p. 38).

Duas décadas após, foram constatados inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira bem como problemas de diversas ordens, tais como baixo investimento na qualificação dos trabalhadores. A partir da análise feita, algumas estratégias foram pensadas de forma a investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. Para poder garantir "o direito constitucional à saúde para todos", é necessário que os profissionais de saúde estejam "comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida" (BRASIL, 2004, p. 5).

Esta foi a moção para que fosse proposta uma Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde. E coloca-se a questão da necessidade, do porquê de falar em humanização, quando as relações estabelecidas no processo de cuidado em saúde se dão entre humanos.

> Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral,

[6] A Lei nº 8.080/90, do Planalto, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 2010).

> de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um "favor", portanto, e não um direito à saúde. Além de tudo, o "alvo" dessas ações é, grande parte das vezes, o usuário do sistema, que, em razão desse olhar, permanece como um objeto de intervenção do saber do profissional. Raras vezes o trabalhador é incluído e, mesmo quando o é, fica como alguém que "também é ser humano"(!) e merece "ganhar alguma atenção dos gestores" (BRASIL, 2004, p. 6).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003, com o objetivo de pôr em prática os princípios do SUS, no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho. Nesta perspectiva, de acordo com a cartilha do HumanizaSUS (2013c, p. 4):

> Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

Para tanto, há que se considerar uma indissociabilidade entre atenção e gestão, em que é preciso que os trabalhadores de ambos os setores estejam afinados com a PNH e o cuidado humanizado, considerando também os pacientes e familiares como atores do processo.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e alguns anos depois a implantação do Programa Nacional de Humanização (PNH), originando o HumanizaSUS, podem ser tomados como pontos de referência na humanização da saúde brasileira.

Conforme Deslandes (2005), a Política Nacional de Humanização (PNH), não apresenta um conceito definido e demarcado do que seja humanização. A autora comenta que foi afirmado apenas um "entendimento" do que seus formuladores conceberam:

> Assim, entendemos Humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004, apud DESLANDES, 2005, p. 402).

No entendimento de Deslandes (2005), seria uma formulação com cunho político que evita o fechamento de uma definição programática, o que ela considera certo, mas por outro lado deixa em aberto qual seria a identidade desta definição, mesmo que permita a identificação de princípios e orientações de políticas e práticas de saúde que o SUS busca construir.

Foi no Programa HumanizaSUS que foram se tornando mais claras as medidas e orientações em busca de uma saúde humanizada.

O documento do HumanizaSUS, que traz a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, (BRASIL, 2004), refere-se à produção de uma grupalidade, que não se trata apenas de grupos que se reúnam eventualmente para discussão e/ou resolução de algum problema. Que seja levado "em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde". A humanização usada como uma estratégia no processo de produção de saúde, "levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo." Ainda neste documento, (2004, p.3-4) a humanização é pensada como:

> um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade (co-responsabilidade) e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na polis (pólis), na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz.

Para que se realize, o SUS deve ser tomado em uma perspectiva de rede, em que as ações sejam contagiadas por uma atitude humanizadora, continua o documento, como eixo central e norteador de todas as ações em saúde (BRASIL, 2004).

Humanizar implica que todos estejam preparados, instruídos, formados, tratados no que está sendo definido como atitude humanizadora, e o primeiro volume dos *Cadernos HumanizaSUS* trata especificamente de *Formação e intervenção*. Pasche (2010) aborda em seu artigo a importância de formar para humanizar. Buscou entender o que seja humanização a partir da visão de trabalhadores e usuários da saúde:

> Na perspectiva dos trabalhadores, humanização da saúde tem relação direta com a valorização do trabalho e do trabalhador. Valorizar toma duas direções centrais: democratizar as relações de trabalho, o que se faz substantivamente pela inclusão dos trabalhadores nos processos de gestão; e enfrentar temas fundamentais referentes às condições concretas de trabalho, como a sub-remuneração, as relações contratuais/formais precarizadas e injustas de trabalho, a ambiência degradada, as condições de trabalho que interferem negativamente na produção de saúde dos que cuidam.
>
> Na perspectiva dos usuários, a questão da humanização da saúde tem se expressado sob as mais diversas maneiras, tomando concretude sob duas questões: a baixa responsabilização e a descontinuidade no cuidado e nos tratamentos. O povo brasileiro tem feito uma pergunta simples, mas de grande potência para problematizar os modos de cuidado que temos construído: quem cuida de quem? Quem me cuida, com quem eu conto? (PASCHE, 2010, p. 65).

Condições precarizadas de trabalho, por parte dos trabalhadores, e a incerteza quanto aos cuidados por parte dos usuários, são obstáculos à humanização na Saúde. De acordo com Pasche, "não se trata de humanizar o humano" (p. 65). A humanização acontece pelo enfrentamento e por formas de lidar com as relações de poder, de trabalho e de afeto produtoras de práticas desumanizadas, ao se considerar um horizonte ético e humanístico.

O SUS vem passando por mudanças, mas ainda há muito para ser feito no sentido de alterar o modelo hospitalocêntrico[7], em torno do saber médico e da visão biologista de doença, para uma visão integral de saúde e que contemple ações de promoção e prevenção, bem como de cura e reabilitação.

Para que haja uma intervenção adequada, a Política Nacional de Humanização enumera alguns princípios para orientar na formação do trabalhador de saúde, destes, Pasche (2010) destaca quatro importantes. Um deles é considerar que formação está associada à intervenção, pois pressupõe a prática e a experimentação no dia a dia dos serviços de saúde. Esta experimentação pode acionar mudanças, e para tanto é necessário outro princípio que é o da inseparabilidade entre gestão e atenção, entre clínica e política. Um terceiro princípio, para a PNH, seria o trabalho em equipe para a Política Nacional de Humanização. Estes três princípios, por sua vez, necessitam que o sistema de saúde esteja melhor disposto em redes de cuidado. O autor sinaliza também que, além destes princípios, a:

> Política Nacional de Humanização aposta nos processos de formação como:
> - estratégias de produção de sujeitos mais livres, autônomos, criativos e corresponsáveis;
> - espaços substantivos de formação de compromisso e de solidariedade entre as pessoas, entre os povos;
> - espaços de trocas afetivas e simbólicas, sem as quais a eficácia das práticas fica comprometida;
> - espaço de produção de excelência ética e técnica, as quais são inseparáveis (PASCHE, 2010, p. 70).

Mario de Marco et al. (2013) ao trazerem para discussão o que é humanização, alertam para a banalização que pode ocorrer, bem como um certo modismo ao tratar-se do tema:

> Palavra de ordem no campo da saúde, o conceito de humanização, ameaçado pelos perigos do modismo e da banalização, necessita arejamento e discussão crítica. Desgaste e incompreensão ficam patentes nas observações quando da discussão do tema com estudantes e profissionais de saúde. De um lado, há os que tendem à banalização, reduzindo o conceito a algumas noções básicas de cordialidade e educação: "Claro que é importante ser humano com os pacientes!"; "Tem que saber o nome do paciente"; "Tem que ser educado e atencioso", e por aí vai. De outro, há os que se revoltam: "Humanizar o quê? Por acaso já não somos humanos?" (p. 683).

---

[7] *Hospitalocêntrico* – centrado na internação e no *atendimento* em hospitais gerais, como centro do cuidado e da atenção à saúde. Hospital como espaço usado para o ensino médico centrado no professor, na aula expositiva.

Estas expressões, que refletem o pensamento de senso comum, os autores indicam como uma banalização de algo muito mais complexo, afirmam que: "nem nascemos humanizados nem o processo de humanização pode ser considerado tarefa simples" (p. 683). Não se trata de algo "natural", trata-se de uma construção histórica e cultural através de milênios de qual o sujeito contemporâneo é fruto, enfatizando que é uma transmissão semelhante às características acumuladas ao longo de milhões de anos de evolução, e transmitidas geneticamente; o que a cultura alcançou em sua evolução é transmitido através da relação e comunicação.

A formação dos trabalhadores em Saúde, em uma perspectiva de trabalho em equipe, precisa considerar também a formação médica neste contexto, sendo um profissional que incorpora e de quem é esperado que lidere a equipe.

Muitos fatores influenciam a formação médica, entre eles, um dos pouco estudados e, por vezes, muito impactante, pode ser considerado o currículo oculto[8].

Cabe aqui ressaltar a importância deste currículo oculto, entendido como uma série de experiências vivenciadas pelo estudante, sendo um dos efeitos a perda da empatia ao longo dos anos do curso de graduação. Em matéria do Jornal da Unicamp, o professor Marco de Carvalho comenta que "O estudante tem várias experiências na faculdade que não são somente as experiências em sala de aula e supervisionadas. Essas experiências também vão moldando a personalidade e a identidade profissional desses alunos. E nem todas essas experiências são positivas. Isso é o que chamamos de currículo oculto em medicina", conforme Anunciação (2014, p. 6).

Silva (2003), ao abordar a identidade médica, comenta que o aluno nos dois primeiros anos se identifica mais com os pacientes. Apenas quando se aproxima mais da prática clínica, se dá uma maior identificação com o médico. Neste início ele é sensível, cheio de expectativas e esperanças, com uma percepção humanista. No decorrer de sua formação existe o risco de que possa perder esta sensibilidade diante do estresse e da violência de suas experiências. O que poderá ajudar é o encontro com professores contingentes, compreensivos e humanizados, além de competentes, para que este estudante consiga elaborar suas questões emocionais. Caso contrário, mecanismos de defesa do ego, como "negação, dissociação, intelectualização" (p. 85) poderão ocorrer com frequência, provocando que este jovem sofra, em parte, uma alienação do humano.

---

[8] O *currículo oculto* é o conjunto de práticas que visa a manutenção do corporativismo e da exclusão social. Na faculdade de Medicina está associado aos trotes, aos preconceitos (BRUM; KOBA, 2016).

Ao propor-se um estudo sobre formação médica e humanização, destaca-se que o tema perpassa as questões éticas da prática médica, entendidas como inerentes a uma relação médico-paciente humanizada. Schweller (2014) identificou, com base nos relatos de estudantes em sua tese de doutorado, uma relação conflituosa entre as experiências do currículo oculto em oposição à ideia de uma prática médica pautada na ética, em que os interesses do paciente ficam em destaque. O conflito gera um desconforto sentido pelo estudante, mas não há uma reflexão a respeito. Comenta o autor, "Ao contrário, vivencia suas experiências de maneira anestesiada ou cínica, o que adia o estabelecimento de uma identidade profissional" (p. 112).

A ideia é trazer o currículo oculto para o debate, pois o autor refere a falta de espaços formais para reflexão e discussão como fatores contribuintes para a formação de mecanismos de defesa como o cinismo. Schweller (2014, p. 104) aponta como causas principais relatadas sobre a perda de empatia "do estudante de Medicina estão relacionadas ao currículo oculto como a sobrecarga de trabalho, a pressão do tempo e a má influência negativa de modelos negativos de prática médica". Promover este entendimento de que é possível se colocar no lugar do outro, mantendo a própria identidade, permitirá entender melhor o sofrimento de cada paciente e com isso propor um atendimento que faça sentido para cada um, conforme a sua necessidade.

A seguir apresentam-se aspectos históricos da Medicina e da formação médica, as questões referentes à Medicina em seus aspectos como profissão ora liberal, ora institucionalizada e a Educação Médica.

## 1.2 Medicina: história e formação médica

### 1.2.1 Aspectos históricos

O ensino médico e a própria Medicina se encontram praticamente inseparáveis, sendo que o primeiro mostra a evolução da história da segunda. A Medicina e os seres humanos praticamente surgem na mesma época, com homens e mulheres que diante das doenças, dos ferimentos, a exemplo dos animais, buscando por cura e tratamento, de forma intuitiva e instintiva.

O início da Medicina se deu pelo encontro entre o conhecimento médico e as práticas mágicas. Pela crença em poderes sobrenaturais, era exercida por aqueles com poderes para afastar os maus espíritos que causavam a enfermidade. Mesmo nos tempos atuais há uma dose

de racional e irracional na procura pela cura e pela saúde (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015; ARCOVERDE, 2004).

Existem estudos realizados em restos humanos, procedentes de épocas remotas, em que foram encontrados vestígios de trepanação craniana[9], os quais revelam a existência de doenças e de tratamentos destas, caracterizando a Medicina primitiva pré-histórica (GUSMÃO, 2011). Na Antiguidade, por exemplo, na civilização babilônica, existiam tratamentos diferentes para a mesma doença, para o mesmo doente, tanto o médico quanto o exorcista trabalhavam com a dor e o sofrimento dos doentes (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

A Medicina, em suas primeiras tentativas de ciência, surgiu na Grécia Antiga, por volta do século V a.C. com os experimentos e relatos de Hipócrates (460-370 a.C.), considerado como o Pai da Medicina (SILVA, 2003). Hipócrates foi um grande defensor das primeiras tentativas de desvincular a Medicina do irracional. (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

Embora exista a corrente que afirma que a Medicina tem sido exercida desde a Antiguidade por sacerdotes, feiticeiros e xamãs, para alguns ela só teria surgido como ciência em meados do século XIX, com a possibilidade de realizar experimentações (SILVA, 2003).

É possível que por trás dos escritos de Hipócrates se ocultem vários escritores médicos, tendo em vista que a obra de Hipócrates traduz todo um espírito de uma época da Grécia Antiga. Segundo Scliar (2002), a influência dos conhecimentos e práticas de Hipócrates alcançou o Império Romano, que trouxe para seu território os médicos gregos que adquiriram bastante prestígio. A expressão máxima disso se deu com Galeno (120-200) que se tornou o médico do imperador Marco Aurélio. Suas contribuições foram amplas. Seus estudos de anatomia, de semiologia e de terapêutica permaneceram influentes por toda Idade Média.

Também foi criação de Hipócrates a teoria dos quatro humores corporais, *sangue, fleugma, bílis amarela* e *bílis negra*. Com adaptações, seu juramento ainda é usado na atualidade. Mantendo o compromisso e os princípios éticos, é feito pelos médicos brasileiros, de forma solene, por ocasião de sua formatura. A seguir, o juramento completo, em sua forma original:

> Juramento de Hipócrates - "Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: Estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus

[9] A trepanação constitui um dos exemplos mais antigos de um procedimento cirúrgico realizado pelo ser humano, praticado desde o Neolítico num grande número de culturas primitivas espalhadas pelos cinco continentes. Foi praticada nas culturas pré-colombianas tanto em homens quanto em mulheres com fins terapêuticos: fraturas não expostas, epilepsia, cefaleias vasculares e as associadas a deformações cranianas intencionais; e rituais (CAROD-ARTAL; VÁZQUEZ-CABRERA, 2004).

> filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes. Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por comprazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte. Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam. Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução, sobretudo dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados. Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto. Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça" (CREMESP, 2017).

Outro importante seguidor de Hipócrates, Aulos Cornelius Celsus, que viveu no início da Era Cristã, deixou escritos médicos sobre procedimentos terapêuticos e sobre os sinais clássicos do processo inflamatório, também destaque desta época. Os sinais de inflamação: dor, calor, rubor, tumor, são até hoje repetidos pelos estudantes de Medicina, indica Scliar (2002).

A partir deste período na Grécia, a irracionalidade começou a ser negada e teve em Aristóteles um grande organizador das ciências praticadas e conhecidas, conhecimento que se estendeu para o Império Romano. No entanto, com o declínio deste, o mundo conhecido até então se modificou. O mundo medieval era fragmentado, as barreiras criadas pelos feudos dificultavam as trocas tanto econômicas quanto de conhecimento. A ciência foi substituída pela religião, o corpo perdeu importância tornando-se apenas o envoltório da alma, ressurgiu o misticismo religioso (SCLIAR, 2002).

A Medicina e a Filosofia gregas ficaram restritas aos mosteiros e também foram acolhidas pelos árabes. As universidades europeias criadas entre os séculos XI e XIII eram voltadas para a elite, sendo a primeira instituição oficial de ensino médico a Escola Médica de Salermo, de 1057. Vieram depois a Universidade de Bolonha na Itália em 1088 e a |Universidade de Paris, na França em 1208. Os hospitais desenvolveram-se muito, mas como instituições cristãs e caritativas que serviam de albergue para os doentes, mais para dar-lhes moradia do que para curá-los (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015; REZENDE, 2009; SCLIAR, 2002).

Com o final da Idade Média, no período do Renascimento (séculos XV e XVI), começaram as mudanças, tendo o homem como centro do conhecimentos e objeto de observação exaustiva pelos que estudavam Medicina. O pensamento deixou de ser orientado pela revelação de desígnios da Providência Divina e passou para a narração objetiva de acontecimentos significativos para a educação dos homens. A historiografia médica mudou sob

a influência do pensamento filosófico e das realizações da ciência e da técnica no século XVII (GUSMÃO, 2011).

No período do Renascimento, o mundo feudal é vencido pelo livre comércio; e as guerras e os descobrimentos marítimos ampliam a visão de mundo. Com a imprensa de Gutemberg e a Reforma Protestante de Lutero, uma doutrina religiosa cristã em que lucrar não é pecado, mas a recompensa justa do empreendedor, desenvolve-se o capitalismo. Junto a isso, Copérnico mostra que a Terra não é o centro do Universo e Bacon cria o método científico, indica Scliar (2002).

O surgimento das universidades confirma que essa é uma nova etapa de uma grande mudança. Petitat (1994, p. 196) pondera que as "faculdades de Medicina são impensáveis sem a renascença urbana", graças à formação de uma burguesia rica que vai fazer ressurgir as ciências médicas herdadas dos gregos e dos árabes, que recorre ao conhecimento dessas ciências escritas. Essa é a diferença entre o saber do médico culto e o curandeirismo praticado por "feiticeiros" e "bruxas". O surgimento das universidades sustenta a criação de uma "elite urbana culta", que estabeleceu supremacia de poder a partir do século XV, em especial a faculdade de Medicina e a de Direito.

No Brasil dos séculos XVIII e XIX, associado às instâncias do poder de Estado e de instituições militares, cresce o poder médico. O desenvolvimento de cidades, em decorrência da descoberta do ouro, bem como a exploração portuguesa agitaram a população economicamente ativa. Os grandes proprietários, os comerciantes, os religiosos, os militares e os funcionários do próprio governo se insurgiram com a extorsão da coroa portuguesa. Os jesuítas estavam envolvidos com o desenvolvimento da educação, da instrução, de escolarização e não eram favoráveis aos interesses portugueses, que se consolidavam no capitalismo. As forças militares, em sua grande maioria, eram formadas pela população pobre, os "terços auxiliares". Estes acabaram por se aliar as forças militares do exército formal. O risco estava em educar e armar a população, e o Estado buscou uma alternativa na medicalização, na higienização, nas ações sanitárias; um acordo entre Medicina e Estado fundamentado na saúde, indica o Jurandir Freire Costa (2004).

O poder e a autoridade do médico foram sendo engendrados historicamente junto a autoridade do Estado, do pai de família e da Igreja. Isso ocorreu à medida que foram sendo criadas regras e leis que organizavam a Saúde e, consequentemente, as cidades nos processos de urbanização. Foucault (1979), ao abordar o nascimento da Medicina Social na Europa, traz aspectos da intervenção do Estado na normalização da Medicina na Alemanha, como forma de

controle da saúde e do saber médico, e de como, na França, se deu a aliança da Medicina com o poder, pela necessidade de urbanização das cidades, assumindo a forma de higiene pública.

A criação de uma Medicina estatal tem interesses que são econômicos e políticos, e representam muito mais o Estado do que a sociedade industrial que se formava. Em meados do século XVIII, surgiu a necessidade de unificação do poder urbano. Com o afluxo de pessoas para as grandes cidades, com o crescimento dos mercados e com o surgimento de uma população operária pobre, as necessidades econômicas e as tensões políticas aumentam. Conforme Foucault (1979), esse acréscimo na população trouxe os medos e os riscos reais de epidemias e de cemitérios mais numerosos e lotados. Nessa época, os cadáveres dos pobres eram empilhados sem receberem uma cova individual chegando ao ponto de se acumularem de tal forma que excediam os muros dos cemitérios e caiam para o lado de fora (p. 87): "Em torno do claustro, onde tinham sido construídas casas, a pressão devido ao amontoamento de cadáveres foi tão grande que as casas desmoronaram e os esqueletos se espalharam em suas *caves* provocando pânico e talvez mesmo doenças."

O recurso utilizado para resolver este problema que surgia, com efeitos médicos e políticos, foi o da quarentena, como um plano de emergência que permitiu o controle da população. Foucault (1979, p. 88) indica que esse "esquema da quarentena foi um sonho político-médico da boa organização sanitária das cidades". Era uma forma de praticar a Medicina que possibilitava o poder de isolar e excluir aqueles que estavam adoecidos, por meio do exílio, purificando a cidade. Essa higienização dos espaços urbanos foi conferindo força e autoridade tanto ao Estado quanto aos médicos.

Esta aliança entre Medicina e Estado também ocorreu no Brasil, e da mesma forma se deu no interesse de ambos. O poder no Brasil Colonial era centrado na família, no patriarca, que era o chefe, também o líder político e, por vezes, militar. As famílias eram constituídas por laços de sangue, com filhos do casamento e fora deste. Os patriarcas, chefes de autoridade indiscutível, formavam núcleos de poder, inclusive de milícias, que desconsideravam as normas e leis do Estado e de sua polícia, conta Jurandir Freire Costa (2004).

No Brasil, houve uma mudança no sentido de urbanizar os costumes, com a chegada da família real, na Bahia em 1808, com seu príncipe regente, transformando a colônia em sede da Corte Real Portuguesa. Em menos de um mês, Dom João VI criou em Salvador a primeira escola de Medicina do Brasil, em 18 de fevereiro de 1808. Depois disso, a família real se transfere para o Rio de Janeiro e em 8 de março de 1808 é criada a segunda escola médica brasileira, recebendo os nomes de *Escola de Cirurgia da Bahia* e *Curso de Anatomia e Cirurgia do Rio de Janeiro* (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

Para efeitos da urbanização que se iniciou neste período, a Higiene desempenhou papel importante. A família se deixou "modelar pela cidade, mas não se converteu ao Estado", comenta Costa (2004, p. 56), mantendo o patriarca como o centro de poder estabelecido em cada núcleo familiar. A mudança causada pela urbanização familiar serviu para o desenvolvimento econômico e cultural, mas não apagou o poder político e militar da família. Embora tivessem mudado os hábitos, aburguesando os costumes e administrando melhor suas riquezas, internamente seus laços estavam fortalecidos. A espoliação causada pela aristocracia portuguesa e pela burguesia europeia instaladas no Brasil, bem como seus desmandos, estavam mais claros às famílias aculturadas que se armaram em defesa de seus interesses e contra os portugueses.

O governo português não se mostrou capaz de conquistar as elites, sendo que a Independência do Brasil e a Abdicação foram sintomas desta incapacidade. Frente a isso, o poder central entendeu que, mais que urbanizar os indivíduos, era necessário estatizá-los. A questão que se formou foi a de como chegar ao âmago, ao interior das casas, de suas histórias e mais que isso, como convencer as famílias da importância de um poder que vem de fora de suas divisas? É aí que o trabalho da Higiene desempenha papel fundamental para a reestruturação do núcleo familiar e para a estatização dos indivíduos.

Para o estabelecimento da nova ordem, era necessário que os indivíduos adquirissem "a convicção da importância que o Estado tinha na preservação da saúde, bem-estar e progresso da população" (COSTA, 2004, p. 56). Não bastava mudar os costumes e as mentalidade transformados pela influência europeia. A Medicina ocupa um espaço importante no estabelecimento dessa nova ordem social.

Acompanhando o movimento de ascensão do Estado nacional, a Medicina se expandiu por meio dos cuidados à saúde pública. Indica Costa (2004, p. 57) que "em 1829, é fundada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro", entidade que lutava junto ao poder central para se impor como peça fundamental para a saúde pública e o estabelecimento da nova ordem na cidade. Em 1832, as sugestões feitas pela Comissão de Salubridade, em seus relatórios, "são incorporadas ao Código de Posturas Municipais do Rio de Janeiro." Em 1851, é criada pelo Estado a "Junta Central de Higiene Pública, que confirma e estende a participação da higiene nos cuidados da população" (p. 57).

Contudo havia um problema a ser vencido, os fiscais do Estado não eram recebidos no convívio familiar. Também eram em número insuficiente para manterem a vigilância e o controle necessários à saúde pública. A estratégia de controle adotada fez com que cada família produzisse seus próprios fiscais; para tanto, era preciso que as famílias fossem convencidas da

importância dos hábitos higiênicos para a preservação da saúde, era fundamental que se sentisse gratificada e não punida ao fazê-lo. O Estado deveria ser visto como um agente de intervenção que proporcionava recompensas.

As famílias mais saudáveis seriam mais numerosas, mais atuantes a favor do Estado em suas vigilâncias, já que teriam um maior número de "fiscais" comenta Costa (2004). É aí que entra a Medicina, por meio da Higiene, criando também uma nova moral de vida em que o prazer passa a fazer parte de uma vida saudável para o casal e para a geração de filhos.

Insinuando-se no espaço moral, a Medicina lançava as bases para uma educação higiênica, foi a hipótese defendida por Costa (2004), sustentada pelos novos significados que a Medicina atribuiu aos termos alma e amor. A alma passou a ser definida como ligada ao corpo no aspecto de sede das paixões, sem descaracterizar o conceito de sagrado, de alma ligada ao espírito, que a Igreja instituíra. Era a ideia de que o erro era decorrente da fragilidade da alma diante dos desejos do corpo, descuidando-se da saúde e afastando-se de Deus. Esta ideia sobre o erro apregoada pela Medicina era bem vista pela Igreja, e contava com seu apoio.

Nessa vertente, instalaram-se as práticas e exercícios físicos para um corpo saudável e perfeito, especialmente estimulado nas escolas, e o desenvolvimento de sentimentos nobres, como o amor à pátria para uma alma sadia. Assim, a Medicina, por meio da Higiene, atinge os objetivos de se firmar em meio às famílias das elites do século XIX e conduzi-las para aliarem-se ao Estado, conquistando também para si um espaço de prestígio.

Foi no século XIX que se formou o monopólio da autoridade do médico, pois antes disputava espaço com os boticários, os cirurgiões barbeiros, os curandeiros, acompanhados de seus aprendizes e de toda tipo de curiosos e entendidos. Essa conquista ocorreu gradativamente, com enfrentamentos diante das heranças de descrédito da cultura que abrigava a prática de curandeiros de toda ordem. Tendo a Medicina já adquirido um conhecimento bem superior às práticas leigas, precisou, mesmo assim, lutar para conquistar seu espaço. Uma das "mais importantes conquistas do movimento higienista foi a imposição da figura do médico à família", comenta Costa (2004, p. 77). Por essa via, o médico combatia o desprestígio social e aproximava-se do convívio íntimo das famílias: "pouco a pouco, como observou Gilberto Freyre, o confessor e o filho-padre foram sendo substituídos por essa figura carinhosa e firme, doce e tirânica, o *médico da família*".

### 1.2.2. Criação das Escolas Médicas

O Ensino de Medicina no Brasil completa 210 anos em 2018. Trazer aspectos da história do Brasil como uma nação que começa a se constituir, após 300 anos de colônia, leva ao marco da chegada da corte Portuguesa em 1808. E, ao referir-se à história da Medicina, se é levado ao do decreto de Dom João VI, em fevereiro deste ano, quando são criados os primeiros cursos de Medicina[10] do Brasil. Estes cursos tinham enfoque no ensino de Anatomia e Cirurgia, com duração de quatro anos. Pouco tempo depois, em 1813, os cursos tiveram sua duração ampliada para cinco anos, como indicam Haddad et al. (2006), só em 1832, as escolas foram denominadas Faculdades de Medicina e ampliaram o tempo de estudo para seis anos.

Nas academias médicas, de então, não havia muito rigor, "o candidato deveria ler e escrever corretamente" sendo "aconselhável" que entendesse as línguas francesa e inglesa, "podendo, entretanto, efetuar os exames dessas duas línguas no decorrer do curso, que se completava em cinco anos", conforme Santos Filho (1991, p. 51). Mas isto vai mudar no início no século XX.

Importante acontecimento na área médica mundial, em 1910, foi a publicação do estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (*Flexner Report)* e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a Medicina mundial. Conforme Pagliosa e Da Ros (2008), a "verdade é que, para o bem e para o mal, é impossível discutir a educação médica, em qualquer parte do planeta, sem referir Flexner e seu relatório" (p. 493).

Abraham Flexner é considerado o "inaugurador do modelo sistematizador, segmentado, organicista e tecnicista de educação médica" (ARCOVERDE, 2004, p. 12).

Por um lado, o trabalho de Flexner permitiu "reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas", comentam Pagliosa e Da Ros (2008, p. 495); por outro, todas as propostas de atenção em saúde foram desconsideradas e abandonadas se não seguissem o modelo proposto. O grande diferencial foi a busca da excelência na formação dos futuros médicos, introduzindo a racionalidade científica, para o contexto da época. Flexner valorizava a experiência prática, tanto nos laboratórios quanto na clínica, mais do que a tradicional memorização de teoria que era praticada até então. No entanto, com toda a sua atenção no

[10] Foi criado, por Decreto de 18 de fevereiro de 1808, o Curso Médico de Cirurgia na Bahia e, em 5 de novembro do mesmo ano, é instituída, no Hospital Militar do Rio de Janeiro, uma Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica. Outros atos são sancionados e contribuem para a instalação, no Rio de Janeiro e na Bahia, de dois centros médico-cirúrgicos, matrizes das atuais Faculdades de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Federal da Bahia (UFBA) (FÁVERO, 2006, p. 20).

aspecto da racionalidade, desconsiderou outros fatores da Educação Médica, da prática profissional e da organização dos serviços de saúde, assumindo que a "boa educação médica determina tanto a qualidade da prática médica como a distribuição da força de trabalho, o desempenho dos serviços de saúde e, eventualmente, o estado de saúde das pessoas" (p. 495). Visão que se mantém ainda hoje, comentam os autores.

Em sua proposta, Flexner apresentou um rigoroso controle de admissão, o que até então não era feito. Recomendou o hospital como centro de estudo das doenças, local privilegiado, onde deveria ser desenvolvido o aprendizado a partir do terceiro ano do curso de Medicina, com laboratórios e instalações adequadas. Suas sugestões foram aceitas e sua recomendação de que "o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta" passou a ser seguido (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 496).

Em meados da década de 1950, paralelamente, começou a ocorrer a capitalização da Medicina e, com isso, o desenvolvimento das especialidades médicas. A repercussão se fez sentir no ensino. As grades curriculares foram modificadas com inclusão de disciplinas com ênfase na especialização, em detrimento da formação clínica geral, de acordo com Bueno e Pieruccini (2004).

Essa mudança fez com que o foco da educação se voltasse para o desenvolvimento de habilidades técnicas, com vistas a um retorno de maior produtividade e ganhos.

Conforme Haddad et al. (2006), na evolução do ensino médico no Brasil, são consideradas três grandes etapas: a primeira, científica, iniciada no final do século XIX; a segunda, com utilização de recursos pedagógicos, na década de 1950; a terceira etapa relacionada às transformações econômicas do pós-guerra. Para os autores, pode ser considerada ainda uma quarta etapa, com a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)[11] e sua implantação nos cursos de graduação em Medicina a partir de 2001[12], sendo reformuladas em 2014[13]. Essas diretrizes foram construídas com uma proposta de articulação entre as instituições de formação e o sistema de saúde.

A partir dos anos 1980, foram iniciadas reformas do setor da Saúde em vários países, envolvendo desde a área administrativa até a constituição. As reformas mais profundas foram

---

[11] Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

[12] A Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001, instituiu Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

[13] Novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina foram instituídas conforme Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014.

construídas, como no caso do Brasil, por intermédio de debates e iniciativas da sociedade civil organizada (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Em 1986, foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu como subsídio para elaboração do artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988 (CNS, 2018).

A Constituição Brasileira, promulgada em 1988, marca o retorno do país ao regime democrático e a busca pela implantação de um estado de bem-estar social. Em seu artigo 196, a carta constitucional prevê a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que garante, a toda população brasileira, acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde, em uma ampla reforma sanitária, como um movimento com implicações políticas e sociais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Esta mudança na área da Saúde, baseada na constituição, vai provocar alterações na Educação Médica, trazendo um enfoque maior na promoção da saúde, que se faz sentir nas DCN do curso de Medicina, tanto de 2001 quanto de 2014. De acordo com Kussakawa e Antonio (2017), as DCN trouxeram mais flexibilidade para os projetos pedagógicos respeitando e permitindo a autonomia das instituições de Ensino Superior. Os autores identificam um eixo estruturante, que norteia toda a construção do texto, e define o perfil do graduando e a finalidade desta formação centrada na promoção da saúde. Este eixo central é o da Promoção da Saúde, sendo baseado nos conceitos de saúde e de saúde coletiva, que abrangem além da condição orgânica, também os determinantes sociais.

O artigo 3º das DCN (2014) realça os aspectos da formação, em que o graduando seja capacitado a atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde:

> Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (MEC, 2014).

Ao consultar-se o parecer CNE/CES Nº: 116/2014, que antecedeu a reformulação da DCN de 2014, tem-se que a Comissão reconheceu o progresso das DCN de Medicina (Resolução CNE/CES n.º 4/2001) e entendeu que elas deveriam ser reestruturadas para que pudessem acompanhar as mudanças na área da Saúde. Foi entendido que a educação dos futuros médicos precisa estar preparada para os desafios da sociedade moderna, em que haja "uma visão mais aprofundada dos problemas sociais do País, contemplando adequadamente a atenção

básica e valorizando a formação voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS) como importante alternativa de trabalho do profissional da Medicina" (MEC, 2014b, p. 3).

Foi considerada também a importância de as escolas médicas perceberem as implicações do mundo do trabalho no contexto da formação médica atual. Neste aspecto, destaca-se a importância da centralidade do ensino da Atenção Primária à Saúde, quanto ao ensino da semiologia e da prática clínica do futuro médico (MEC, 2014b, p. 3).

Em seus primeiros momentos, quanto às mudanças necessárias para a implantação das DCN do curso de Medicina, em sua edição de 2001, as autoras Garcia e Silva (2011) comentam que as escolas médicas, em geral, apresentam uma estrutura hierarquizada (semelhantes com as relações de poder e hierarquia que existem nos aparelhos de atenção à saúde), com departamentos desarticulados entre si e com as relações, entre professores e alunos, baseadas em poder e autoridade. Esta análise foi realizada em 2008, após sete anos da criação das DCN de 2001. Um dos quesitos que mais indicam defasagem está no que se refere à formação docente e ao perfil dos professores médicos.

Garcia e Silva (2011) abordam em seu estudo que, de acordo com as diretrizes, o ensino deve estimular a reorientação curricular, promovendo o ensino "no e para" o Sistema Único de Saúde (SUS). Fazendo um levantamento da participação dos docentes na elaboração do projeto pedagógico obtiveram os seguintes resultados, considerando todos os docentes entrevistados:

> 81,9% ouviram falar e 50,0% participaram do Seminário Introdutório do PP; 84,7% conhecem o programa de sua disciplina; 59,7% têm clareza dos objetivos da inserção dos alunos no SUS; e 52,8% sabem quais são as metodologias empregadas. Desta forma, infere-se que mais de 40% dos respondentes não participaram da discussão e elaboração do PP, bem como da programação de sua área e de reuniões de planejamento (p. 63).

Uma das queixas dos professores é a de que eles não têm acesso ao projeto pedagógico e não conseguem participação no planejamento de suas disciplinas, inclusive as do Internato, período em que estarão sob supervisão de preceptores médicos e com orientação dos professores das Instituições de Ensino Superior (IES).

O Internato consiste em um período de dois, dos últimos anos de formação, o quinto e sextos anos, em que a prática deverá ser exercida, associada a teoria, em serviços próprios de saúde ou em parceiras, tanto municipais, quanto estaduais, assim definido pelas DCN (MEC, 2014a):

> Art. 24. A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

> § 1º A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES);
> § 2º A carga horária mínima do estágio curricular será de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina.
> § 3º O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato.
> § 4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência.
> § 5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade.
> § 6º Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica que não seja superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio, em cada uma destas áreas.
> § 7º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, ou em outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.
> § 8º O colegiado acadêmico de deliberação superior da IES poderá autorizar, em caráter excepcional, percentual superior ao previsto no parágrafo anterior, desde que devidamente motivado e justificado.
> § 9º O total de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES não poderá ultrapassar o limite de 50% (cinquenta por cento) das vagas do internato da IES para estudantes da mesma série ou período.
> § 10. Para o estágio obrigatório em regime de internato do Curso de Graduação em Medicina, assim caracterizado no Projeto Pedagógico de Curso (PPC), a jornada semanal de prática compreenderá períodos de plantão que poderão atingir até 12 (doze) horas diárias, observado o limite de 40 (quarenta) horas semanais, nos termos da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes.
> § 11. Nos estágios obrigatórios na área da saúde, quando configurar como concedente do estágio órgão do Poder Público, poderão ser firmados termos de compromisso sucessivos, não ultrapassando a duração do curso, sendo os termos de compromisso e respectivos planos de estágio atualizados ao final de cada período de 2 (dois) anos, adequando-se à evolução acadêmica do estudante.

Perim et al. (2009), membros da Caem/Abem, referem que as diretrizes indicam uma nova direção para a formação do médico, prevendo, entre outras questões: a integração de conteúdos, o desenvolvimento de competências e habilidades e a utilização de metodologias ativas de ensino. Mas os dados do estudo de Garcia e Silva (2011) demonstram uma desarticulação entre o que projeto pedagógico prevê e o conhecimento do professor e seu exercício docente, dificultando ainda mais o que é indicado nas diretrizes.

As DCN do curso de Medicina, a partir de 2001, e com maior ênfase em 2014, orientam para que a formação do graduado abranja três grandes áreas: Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; e Educação em Saúde (MEC, 2014a). Outro aspecto que se pode ressaltar é o da

formação por competência, anunciada pelas diretrizes e discutida pelo CNE. Para tanto, necessita que seja promovido o desenvolvimento das capacidades dos graduandos de Medicina, de forma associada entre a teorização e a prática. Para que isso possa ocorrer, implica na inserção dos estudantes desde o começo do curso em contextos e critérios da realidade dos serviços de saúde. Sendo assim, "essa inserção pressupõe uma estreita parceria entre a academia e os serviços de saúde, uma vez que é pela reflexão e teorização a partir de situações da prática que se estabelece o processo de ensino-aprendizagem" (MEC, 2014b, p. 8).

As DCN de 2014, em seu artigo 24, parágrafo 3, determinam que no mínimo 30% (trinta por cento) da carga horária, de dois anos, do Internato médico da graduação em Medicina, sejam desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, com uma clara indicação da valorização e importância desta formação voltada para o Sistema Único de Saúde. Isso reforça a necessidade de que haja na formação do estudante de Medicina uma sensibilização para as concepções de saúde, uma visão ampliada da prática médica e uma melhor compreensão do que seja o SUS e sua abrangência.

Retomando um pouco da trajetória da criação das escolas médicas no Brasil nas últimas décadas, a partir de Lei da Reforma Universitária de 1968, essas escolas tiveram seu número de vagas aumentado. De acordo com Nassif (2014) a criação de escola médicas no Brasil tem, na década de 1960, um marco deixado por uma posição política que visava o aumento de vagas no ensino médico, o que repercutiu no exercício da profissão:

> Eram 29 as escolas de medicina no país, passando a 73 em 1971. Ao mesmo tempo, nas escolas mais antigas, o número de vagas, praticamente, dobrava chegando a quase 9.000. (...). Assim, em fins de 1999 nosso país esbanjava 101 escolas médicas. (...) O MEC, só neste início de século autorizou a criação de 128 novos cursos colocando nosso país, com 229 escolas médicas, no segundo lugar do *ranking mundial* (p. 1).

A crítica que Nassif (2014) faz é quanto a criação de escolas médicas em termos de quantidade, em descuido da qualidade do ensino, e, ao discorrer sobre a autonomia das universidades, considerado um princípio fundamental do ensino no Brasil, faz menção a Saulo Ramos, consultor Geral da República na época, que 1988, no parecer CGR nº SR 78, escreveu:

> "A educação, direito de todos e dever do Estado, não pode ser transformada, sobretudo nos cursos superiores, em simulacro diplomado. A sociedade deseja médico que saiba medicina, que se tenha preparado cientificamente para cuidar da saúde do povo e que não seja, pela precariedade do ensino improvisado na industrialização de diplomas, uma ameaça à vida do paciente, assim como o advogado malformado é ameaça ao patrimônio e à liberdade individual, e o engenheiro, sem curso sério, é candidato a construir obras que desabarão" (p. 1).

O que norteia a argumentação de Nassif (2014) é a preocupação com as condições mínimas necessárias para o desenvolvimento de uma boa escola:

> O que não se pode permitir é o desabamento da estrutura do ensino brasileiro, com a criação de cursos de medicina sem mínimos recursos, sem hospital na região, sem corpo docente, sem estrutura adequada. O dever do Estado é ministrar a educação e, no curso superior, assegurar o conhecimento científico que irá, efetivamente, beneficiar a comunidade. (p. 2).

Desde 2013, está sendo desenvolvido no país o Programa Mais Médicos, instituído pela Lei Nº 12.871 de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013a).

De acordo com o MEC, o programa Mais Médicos, do Governo Federal, conta com apoio de estados e municípios, com vistas a melhoria de atendimentos aos usuários do SUS. O programa visa a formação de um maior número de médicos, e tem como meta levar médicos para regiões onde haja escassez destes profissionais, criando novas vagas de graduação e residência médica para qualificação destes profissionais. Também tem objetivo de melhorar as Unidades Básicas de Saúde já existentes, com reforma e ampliação, asim como a construção de novas Unidades (BRASIL, 2017a).

Este programa tem dividido opiniões, entre estas, tem-se aqueles que se posicionam contrariamente, como Nassif (2014), que alega que o programa privilegia a quantidade em detrimento da qualidade na formação. Algo que poderá ser discutido, pois apesar das críticas que vem recebendo, por parte da classe médica, o Programa Mais Médicos apresenta resultados em dois anos, de 2013 a 2015, bastante significativos:

> Nesse período, garantiu 18.240 médicos em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros) e nos 34 distritos de saúde indígenas, enfrentando de forma inequívoca a insuficiência ou mesmo ausência desses profissionais nas periferias das grandes cidades, nos pequenos municípios, comunidades quilombolas indígenas e assentadas, sertão nordestino, populações ribeirinhas, entre outras, que nunca contaram ou não conseguiam fixar médicos. Esses profissionais estão garantindo atendimento a 63 milhões de brasileiros que não contavam com atendimento médico e que agora encontram atendimento nas unidades de saúde próximas de suas casas (BRASIL, 2017b).

Importante destacar que as prioridades para preenchimento das vagas privilegiam os médicos formados no Brasil, médicos brasileiros formados fora do país e por último os estrangeiros (BRASIL, 2017a).

Com a criação do Programa Mais Médicos, além do aumento do número de vagas em escolas médicas, surge a questão de como formá-los; para além do curso de formação generalista[14]. Existe a necessidade de garantir a especialização e a Residência médica para estes

[14] Médico generalista é todo aquele que concluiu os seis anos de graduação da faculdade de medicina, sem título de especialista. Não se refere ao especialista em Clínica Médica nem ao especialista em Medicina da Família e Comunidade (CREMESP, 2012).

recém-formados, de maneira a atender às demandas de cada comunidade. É esse o objetivo das mudanças que o Programa propõe desde as novas diretrizes curriculares para cursos de graduação novos e antigos até a formação de especialistas:

> O aperfeiçoamento dos profissionais participantes do Mais Médicos se dá pela integração ensino-serviço, com a participação em curso de especialização e atividades de ensino, pesquisa e extensão. Os profissionais deverão cursar especialização em Atenção Básica à saúde, curso que será oferecido pelas instituições de educação superior brasileiras vinculadas ao Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). As ações de aperfeiçoamento serão realizadas com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas, sendo 32 horas para atividades nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município ou no Distrito Federal, e 8 horas para interação na plataforma do curso de especialização e nas atividades de aperfeiçoamento técnico-científico (BRASIL, 2017d).

A Residência médica, reconhecida como necessária para o desenvolvimento dos médicos recém-formados, que é oferecida atualmente, não contempla com vagas a todos os egressos da universidade. Com a criação do Programa Mais Médicos há uma perspectiva de ampliação das ofertas de Residência médica:

> Outra inovação empreendida pela Lei do Mais Médicos para ampliar a formação de especialistas e adequar essa mão de obra às necessidades da população é a universalização do acesso à residência médica. A Lei determina que, até o final de 2018, haja o mesmo número de vagas de residência de acesso direto que o número de egressos dos cursos de graduação do ano anterior. Essa resolução já será aplicada no concurso que permitirá a entrada nas residências que se iniciarão no primeiro trimestre de 2019. Para tanto, o programa tem metas como a criação de 12,4 mil novas vagas de residência em diversas especialidades, tendo como prioridade a Medicina Geral de Família e Comunidade, até 2017, das quais já foram criadas 4.742, e a universalização no concurso de 2018 para as formações que se iniciarão em 2019. Assim como fez com a graduação, o Mais Médicos reformulará os critérios para definição das cidades e especialidades nas quais serão abertas novas vagas de residência, independentemente do custeio pelos ministérios da Saúde e da Educação ou por qualquer outra instituição (BRASIL, 2017c).

Nestes primeiros anos do Programa Mais Médicos, a prioridade para criação de vagas na Residência médica está na Medicina Geral de Família e Comunidade, preparando os recém-formados para dar atendimento em uma área em que há defasagem entre a procura e o número de profissionais disponíveis. A Atenção Básica é o primeiro contato entre a comunidade e o sistema de saúde e parte da formação dos residentes é desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde, proporcionando este contato com a comunidade.

Em dezembro de 2017, existem 303 escolas médicas em todo o país, sendo 59 escolas no estado de São Paulo, com uma oferta de 6.106 vagas para o primeiro ano (EMB, 2017). Além destas, o edital nº 2, do MEC, de 7 de dezembro de 2017, faz um chamamento público de municípios para implantação de curso de graduação em Medicina por instituições de educação superior privada, para mais 29 cidades: Cruzeiro do Sul-AC; Parintins-AM; Itacoatiara-AM;

Manacapuru-AM; Bragança-PA; Abaetetuba-PA; Cametá-PA; Castanhal-PA; Ji-Paraná-RO; Itumbiara-GO; Ponta Porã-MS; Corumbá-MS; Sorriso-MT; Irecê-BA; Porto Seguro-BA; Valença-BA; Brumado-BA; Iguatu-CE; Canindé-CE; Itapipoca-CE; Quixadá-CE; Codó-MA; Santa Inês-MA; Bacabal-MA; Açailândia-MA; Arcoverde-PE; Goiana-PE; Araripina-PE; Estância-SE (EMB, 2017).

De um lado, tem-se a defesa da ideia de que as escolas médicas precisam existir e fixar seus alunos, futuros profissionais, em locais mais distantes e com menor demanda de profissionais advindos de grandes centros. De outro, tem-se a alegação de que a proliferação das escolas tem incidido em uma queda da qualidade do ensino médico. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) refere-se a abertura das escolas médicas no país como "desenfreada", e refere que "em apenas cinco anos – 2012 a 2017 –, 106 novos cursos de Medicina foram abertos, totalizando, até o dia 15/12/2017, 306 escolas médicas, sendo 191 públicas e 114 privadas" (CREMESP, 2017).

O Cremesp lançou, em outubro de 2017, a campanha pela obrigatoriedade do exame de proficiência pelos alunos recém-formados nos cursos de Medicina. Esta campanha visa a sensibilização da categoria médica, sociedade em geral e o Congresso Nacional sobre a importância de tornar obrigatório este exame, em todo o Brasil. Sinalizam que os resultados do Exame do Cremesp 2016 indicaram que "de um total de 2.677 egressos de cursos de Medicina que participaram do Exame, 56,4% – ou 1.511 – não alcançaram a nota mínima". A iniciativa do Cremesp tem como objetivo combater o que apontaram como "o problema da má qualidade do ensino médico" (CREMESP, 2017).

De acordo com o Programa Mais Médicos, uma pesquisa, realizada em 2014, pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Instituto de Pesquisas Sociais e Políticas e Econômicas de Pernambuco, que entrevistou 14 mil usuários, indicou que do total de entrevistados, "85% disseram que a qualidade do atendimento médico está melhor ou muito melhor" após a chegada dos profissionais do programa. E sobre as melhorias, citaram "aumento do número de consultas, atendimento médico todos os dias, médicos mais atenciosos, que passam mais tempo com os pacientes" (BRASIL, 2015).

Esta percepção dos usuários de um atendimento melhor pode estar diretamente relacionada ao fato de que os médicos: "passam mais tempo com os pacientes e são mais atenciosos", uma demanda da população, bastante significativa, associada ao um conceito **de** humanização no atendimento, o que nos remete a relação médico-paciente como aspecto fundamental do cuidado à saúde.

Este percurso da criação das escolas médicas e da formação médica no Brasil pode ser melhor entendido quando se conhece a história do exercício da Medicina em seus aspectos históricos, que nos revela uma mudança no espaço do médico do século XIX ao XXI, em especial no Brasil.

### 1.2.3 Medicina Liberal e Saúde: o espaço social e profissional do médico na virada do século XX

Trazer um olhar sobre aspectos históricos da Medicina auxilia para a contextualização da formação médica e a compreensão do ensino médico no Brasil, e da constituição da autoridade médica.

Em seu processo de desenvolvimento, como estudo e prática, a Medicina precisou ganhar espaço diante da sociedade. A autoridade do médico foi sendo construída gradativamente ao longo de sua história, seja na Europa ou em terras brasileiras. Autoridade que foi sendo conquistada onde predominavam saberes diversos de curandeirismos, ainda no século XIX.

Os aspectos da humanização da Medicina estarão imbricados com este processo histórico da profissão médica, e seus saberes, em contextos que se alteram ao longo deste período sendo influenciados por questões de diversas ordens, entre elas as políticas. Isto se evidencia nas alterações que ocorrem com a profissão médica, influenciadas por ações de políticas públicas com propostas de organizar a Saúde, ações de assistência e regulação da oferta de serviços de saúde no âmbito público e privado e a administração do setor dentro de leis de mercado. Formação médica em que atuam os participantes convidados formadores e os formandos, os pacientes participantes convidados e demais profissionais de saúde, o que no remete a questão das subjetividades dos envolvidos.

Na formação do médico, as subjetividades estão presentes e atuantes em todos, os que formam, os formandos e todos os demais atores atuantes deste processo. Como se dá esta constituição de identidade e autoridade médica, a partir das subjetividades formadas em meio à cultura e à sociedade, com suas características influenciadas por diversos fatores, em especial o econômico no mundo do capital, e suas mudanças, também são objeto de pesquisa.

Neste sentido, vale destacar a fala de uma entrevistada da Dra. Lilia Schraiber (2014), em seu texto sobre a profissão médica. Trata-se de Dra. Emília, médica formada em 1931 e que

estava atuando, em 1987, aos 85 anos de idade, em ginecologia e obstetrícia. Sua formação e início de atuação são de uma época em que a Medicina liberal existia em sua plena expressão:

> Eu pensei em fazer ginecologia e obstetrícia e me dirigi para a cirurgia no quarto ano. Primeiro, por questão do meu temperamento. Depois, eu tinha saúde, porque fazer obstetrícia naquele tempo... Hoje já é um pouco diferente. Naquele tempo, precisava ter saúde... Levantar de noite, fazer um parto que se fica... Vai às 2h00 da manhã: "Ah, está tudo bem." Depois, às 5h00, outra vez, e depois a mulher ia dar à luz ao meio-dia. Agora, não! Resolve mais rapidamente as coisas... A profissão médica não é uma profissão, é uma vocação. Naquele tempo, era vocação. Não era... assalariamento. Era um sacerdócio, porque íamos atender longe, de graça... Não havia instituto, não havia nenhuma dessas organizações que existem hoje, e que tanto facilitam a vida do médico. Chama-se o pronto-socorro e o pronto-socorro vai levando o paciente. Isso despersonificou o médico. O doente já não faz questão do seu médico. Ele vai ao hospital e aceita o médico que está de plantão. O que ele não aceitava, no meu tempo [...] (SCHRAIBER, 2014, p. 7).

Este depoimento evidencia uma mudança muito grande que ocorreu na Medicina do início para o final do século XX. A Medicina liberal, em que o médico era o próprio gestor de seu consultório, passou a ser uma medicina de convênios públicos e privados, com órgãos de estado e empresas. Neste novo formato, o médico já não ocupa mais a posição de profissional autônomo e passa a ser um assalariado, com tempos e produção pré-estabelecidos por regras que fogem ao seu controle e às quais deve se submeter. Deixou de ser o médico da família para ser o plantonista do pronto-socorro, e não de um apenas, mas de vários. Para dar conta de honrar com seus compromissos financeiros é necessário ter vários "empregos".

Esta nova fase traz o que a Dra. Emília chamou de "despersonificação" do médico, em que ele vai perdendo aquilo que o caracterizava como tal, que era o ser "médico da família", autoridade respeitada, temida e amada. Nas palavras de Costa (2004, p. 77) uma das "mais importantes conquistas do movimento higienista foi a imposição da figura do médico à família". Por essa via o médico combatia o desprestígio social e aproximava-se do convívio íntimo das famílias. O autor, referindo-se a esse processo, comenta: "pouco a pouco, como observou Gilberto Freyre, o confessor e o filho-padre foram sendo substituídos por essa figura carinhosa e firme, doce e tirânica, o *médico da família*".

Este movimento que foi criando a condição da Medicina liberal se estabelecer como tal, no final do século XIX e começo do século XX, tem suas bases em uma série de acontecimentos e, entre eles, destaca-se a reforma sanitária, feita a duras penas e sob desconfiança da população, na intenção de erradicar determinadas doenças e ensinar novas práticas de cuidado, com destaque para a vacinação como forma de combate às epidemias. Apesar das dificuldades, é conquistada uma autoridade para aqueles que levavam a proposta sanitarista em investidas contra febre-amarela, peste bubônica, infestação de percevejos e

piolhos, entre outros, que atacavam tanto às zonas rurais quanto às urbanas por este território brasileiro, um marco na saúde coletiva, com a consolidação do Instituto Oswaldo Cruz.

De acordo com Mota (2014), podem ser citadas, como marco importante deste período, as propostas de Oswaldo Cruz para a criação de um instituto que visasse a fabricação de produtos biológicos, a pesquisa e o ensino.

Também são relevantes deste período as viagens na investida aos sertões a serviço de ferrovias, hidrelétricas e obras de infraestrutura, em que a figura do médico desbravador vai se constituindo, ao acompanhar e cuidar dos que ali estavam. Podem-se citar como relevantes as viagens, em 1908, de Belisário Penna e Carlos Chagas, bem como a descoberta do *Trypanosoma cruzy,* que passou a ser conhecida como doença de Chagas (1909) (MOTA, 2014).

O Instituto Oswaldo Cruz, em 1917, por ocasião da morte de seu fundador, estaria consolidado no campo da Zoologia e Botânica Médica e do inventário sociológico e antropológico das condições de vida nas zonas rurais e urbanas.

Antes disso, no ano de 1904, foi criado um regulamento de vacinação obrigatória contra a varíola, que veio a ser ratificado pelo Dr. Oswaldo Cruz, então Diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública.

A obrigatoriedade da vacinação foi considerada pela população como mandos e desmandos dos agentes sanitários, conforme Mota e Santos (2003), gerando revoltas e levantes. A ação dos médicos e dos agentes era garantida por aparato legal nesse contexto, que "propiciava a médicos, agentes sanitários e policiais dispor de qualquer meio em nome da execução das medidas profiláticas e higiênicas de controle das epidemias" (p. 164).

Foram solicitadas medidas tanto no âmbito legal quanto político para a garantia da execução das medidas sanitárias, chegando até ao Congresso os pedidos destas garantias. O resultado é que:

> Na discussão pública sobre a resistência popular ante as medidas sanitárias, as instituições democráticas e os direitos individuais do cidadão deveriam estar em suspenso em meio a uma verdadeira "ditadura sanitária", forjada, é claro, com matizes legais e amparada pelo aparato policial (MOTA; SANTOS, 2003, p. 166).

As medidas adotadas eram justificadas pelos longos anos de combate violento aos empecilhos da "ignorância" dos mais humildes, de modo que se legitimava o uso da violência pelo Estado ao empregar "todos os meios" para tornar efetivas as leis de higiene, justificando-se assim a presença da polícia nas diligências sanitárias, indicam Mota e Santos (2003).

É desta maneira que o combate às epidemias vai sendo feito, e os agentes sanitários, entre eles os médicos, ganham território para além dos centros urbanos, adentrando os interiores deste imenso país. Sendo recebidos por muitos com desconfiança, disputavam seus pacientes com curandeiros, boticários, cirurgiões barbeiros e seus aprendizes, os quais eram mais considerados, e gozavam de maior credibilidade (COSTA, 2004).

Mas é, em parte, graças a esta aliança entre a Medicina e o Estado no combate às epidemias, que o médico vai sendo recebido nas famílias, nas fazendas. Cuidando da saúde de todos, vai ganhando a confiança daqueles que, alinhados com o Estado, também detinham o poder e os recursos que sustentavam os governos, os grandes fazendeiros.

A Medicina liberal começa como uma prática artesanal de cuidados. Seu período está situado entre 1890-1930. Centrada na figura do médico, este inicia seu consultório e aí se estabelece, de forma individual. A configuração geral é homogênea pela predominância do consultório particular do médico como unidade de produção dos serviços.

Cria-se uma disposição de mercado em que o médico faz a comercialização direta dos seus serviços. O profissional detém o controle sobre a clientela; as condições e padrões de remuneração; os meios materiais de trabalho, as instalações do consultório, seus equipamentos. Os meios de trabalho são tecnologicamente homogêneos e de pequena complexidade técnico-científica (SCHRAIBER, 2014).

Na Medicina liberal, a produção dos cuidados é centrada no médico; ainda é pouco expressiva a participação da Enfermagem. O diagnóstico, o julgamento clínico, é de base reflexiva sem o recurso de muitos exames tecnológicos.

É neste período de 1890-1930 que se dá a consolidação da profissão moderna e prática liberal; quando ocorre a formação científica do médico e o controle do exercício da profissão, por ele mesmo. Depois, de 1930-1960, inicia-se a superação da prática liberal e o surgimento da Medicina da Previdência Social. Surgem os primeiros empregos de médicos no setor estatal da produção de serviços. Instala-se o assalariamento do médico e, com isso, a perda da autonomia no mercado de trabalho. A autoridade médica também começa a sentir os efeitos desta transformação na relação de trabalho e na relação com o paciente. Retomando a Dra. Emília:

> A profissão médica não é uma profissão, é uma vocação. Naquele tempo, era vocação. Não era... assalariamento. Era um sacerdócio, porque íamos atender longe, de graça... Não havia instituto, não havia nenhuma dessas organizações que existem hoje, e que tanto facilitam a vida do médico. Chama-se o pronto-socorro e o pronto-socorro vai levando o paciente. Isso despersonificou o médico. O doente já não faz questão do seu médico. Ele vai ao hospital e aceita o médico que está de plantão. O que ele não aceitava, no meu tempo (SCHRAIBER, 2014, p. 7).

De certa forma, a Dra. Emília em sua fala faz menção à Medicina, que em sua época, se estabelecia como a Medicina do Centro ou Medicina do Bairro. A primeira com os consultórios mais elegantes e a segunda com a situação do consultório-residência e a vida de trabalho sem horário, atendendo a quem procurasse, dia e noite, uma vocação, um sacerdócio.

O médico podia ser facilmente localizado pelas placas de identificação, pela indicação da farmácia. Não havia propaganda, eram os tempos da ética da discrição. Existia a Medicina do domicílio no atendimento às urgências e a assistência da família, que deixam de existir com o surgimento do pronto-socorro.

De acordo com Schraiber (2014), ao mesmo tempo em que "facilita" a vida do médico, os recursos que existem atualmente lhe tiraram a identidade, "despersonificaram" o médico e alteraram seu espaço de atuação.

Poder acompanhar as evoluções, revoluções, fatos, episódios, que marcaram e marcam a história da Medicina nos permite uma reflexão mais aprofundada em relação ao protagonista da então Medicina liberal e das práticas da saúde, tanto no âmbito do cuidado artesanal, quanto no das políticas de Estado que visaram regular estas práticas.

Esta reflexão histórica também permite que se estabeleça um diálogo entre o que a sociedade percebe do médico e a realidade de sua prática profissional.

### 1.2.4 Medicina e espaço do médico no século XX e XXI

Vive-se uma época em que há uma inquietação estabelecida quanto à humanização no atendimento de saúde. Nesta queixa, se destaca o médico como figura central da falta de humanidade no tratamento, já que ainda é deste a maior autoridade reconhecida no âmbito da saúde. Mas essa discussão abarca uma análise de toda uma sociedade administrada em que o humano está coisificado, em que as pessoas, e em especial a educação, passaram a ser mercadoria. Uma sociedade sob a regência do capital e homogeneizada pela globalização.

Conforme já apresentado, a humanização da Medicina como meta a ser alcançada, embora isso possa, à primeira vista, parecer um paradoxo, trata-se de um objetivo que mobiliza o próprio meio médico, conforme alguns autores, como Simões, Rios e Schraiber, Marco, entre outros.

Este processo de humanização pode ser parte integrante da construção de um sujeito sócio-histórico. É interessante que se analise que está sendo cobrada do médico a humanização, como um sinônimo de compaixão em relação ao doente, o menos favorecido.

Como ter compaixão se o outro, esse outro que não pertence ao seu grupo, por vezes, é uma ameaça? Principalmente se este outro é inculto, se mostra agressivo e também reivindicador de atenção, cura, cuidados e direitos? São extremos em que estão colocados o médico da UBS e o paciente de uma grande metrópole como São Paulo, em que coexistem as mais diversas comunidades em uma sociedade que acentua cada vez mais as diferenças sociais.

Este médico, por sua vez, além de ter saído de uma realidade protegida enquanto estudante, se vê na prática sendo exigido por um sistema que lhe obriga atender um grande número de pacientes em um curto espaço de tempo. Exigência que ocorre tanto nos plantões, nos ambulatórios, nos postos de saúde e em hospitais públicos, quanto nas clínicas que atendem a Medicina conveniada. A Medicina como mercadoria, prestação de serviço coisificada, em que o profissional médico também está para servir aos interesses do capital. Todo um sistema desumanizado em que estão inseridos tanto os que dele dependem para tratar a saúde, quanto os que dele dependem para garantir seu sustento. É necessária a humanização da saúde, da mesma maneira que a humanização de toda a uma sociedade doente.

Mario de Marco et al. (2013) ao trazerem para discussão o que é humanização, referem que não se trata de algo simples ou que esteja posto a partir de premissa de que somos humanos, portanto humanizados. Seria banalizar uma tarefa complexa e que passa pela construção de um sujeito construído histórica e culturalmente, processo em que a comunicação e a relação são essenciais, visto que o ser humano é um sujeito relacional.

Esta perspectiva do ser humano como um ser de relações nos remete a Ayres (2007) e seu estudo dedicado a Humanidades e Medicina, em que propõe uma reconstrução das práticas de saúde, em que a atenção esteja nos sujeitos, tanto os cuidadores quanto os que são cuidados. Essa reconstrução que denominou como humanizadora das práticas de saúde implica que "profissionais, serviços, programas e políticas de saúde estejam mais sensíveis e responsivos ao sucesso prático de suas ações, isto é, que orientem a busca de êxito técnico de suas intervenções na direção apontada pelos projetos de felicidade dos destinatários de suas ações" (p. 57). As categorias "êxito técnico" e "sucesso prático", criadas pelo autor são explicadas do seguinte modo:

> Por êxito técnico queremos nos referir à dimensão propriamente instrumental da ação – por exemplo, a relação entre o uso de um vasodilatador e a redução do risco de agravos cardiovasculares em um paciente, ou da incidência desses agravos numa população. Por sucesso prático queremos remeter à dimensão de atribuição de valor às implicações simbólicas, relacionais e materiais dessas ações na vida cotidiana - por exemplo, o que significa na vida de um usuário ou de uma população a identidade de hipertenso, tomar remédios, fazer controles periódicos, ser vítima de um infarto do miocárdio etc. O êxito técnico diz respeito a relações entre meios e fins para o controle do risco ou dos agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela bionedicina. O sucesso prático diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde

> frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações (AYRES, 2007, p. 53-54).

O projeto de felicidade reúne necessariamente as duas categorias, pois implica em dominar os saberes tecnocientíficos, considerando os saberes das ciências humanas de modo que o paciente seja recuperado como sujeito, que haja mais sensibilidade em ouvir e entender o significado da doença e da cura para o paciente. Este projeto de "uma reconstrução humanizadora das práticas de saúde" (p. 57), defendido por Ayres (2007) pode ter várias frentes de mobilização e, entre estas, a formação médica é uma base fundamental.

### 1.2.5 Educação Médica

Abordar a Educação Médica do ponto de vista da humanização da formação de futuros médicos é praticamente uma reeducação dos envolvidos, até para que exista uma conscientização do que efetivamente é uma educação humanizadora. Talvez, antes disso ainda, uma conscientização de até que ponto, cada docente, tem desenvolvida tanto a noção do que seja humanização, quanto a prática em sua vida e profissão. Para que haja uma Educação Médica humanizadora, é preciso que exista uma docência humanizadora, como prática profissional que emancipa, que está a serviço da transformação (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

Nesta perspectiva há que se dar importância para a formação docente, inclusive na preparação para o uso de metodologias que estimulem o aprendizado de forma ativa, diferentemente do ensino tradicional. As DCN do curso de Medicina, desde sua primeira edição em 2001, já indicavam a necessidade de aprender fazendo o uso de metodologias em que o aprendizado possa se consolidar pela *práxis*, reunindo teoria e experiência (MEC, 2001, p. 5).

> Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:
> I - ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;
> II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;
> III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;
> IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;
> V - inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;
> VI - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

> VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e
> VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Diversas escolas médicas brasileiras, a partir do que as DCN orientaram, passaram a reformular seus projetos pedagógicos e a propor intervenções para uma formação que privilegiasse tanto o rigor científico quanto a inserção do estudante em contato com a comunidade, nas unidades de saúde da família. As DCN de 2014 vieram ampliar a necessidade de que o formando conheça o contexto social, em suas diferentes dimensões, com uma visão ética e humanística, com valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos (MEC, 2014a, p. 12).

Com relação às metodologias ativas, pode-se destacar o que é orientado no artigo 29, das DCN de 2014, no que se refere à estrutura do curso de graduação em Medicina, nos parágrafos:

> VI - inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem;
> VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;
> VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato; (MEC, 2014a, p. 12).

Destaca-se a importância de o futuro médico aprender a trabalhar com equipe multiprofissional de maneira a saber utilizar todos os recursos dos demais profissionais no cuidado com a saúde do paciente. A interação entre usuários e profissionais e suas diversas variantes, e como isso pode interferir nos cuidados e atenção à saúde, é fundamental na formação médica.

Quanto a importância da formação humanística, vale destacar das DCN e do artigo 29, o parágrafo V:

> Art. 29. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:
> V - criar oportunidades de aprendizagem, desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista; (MEC, 2014a, p. 12).

Com a criação do Programa Mais Médicos e da possibilidade de fixar os alunos recém-formados nos locais em que atuaram, vale destacar a importância dos parágrafos IX e X do mesmo artigo 29:

> IX - vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS;
> X - promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população; (MEC, 2014a, p. 12).

Utilizar Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem (Maea), não significa que as demais devam ser descartadas. A escolha de cada metodologia a ser aplicada dependerá do objetivo que se queira alcançar com este processo. As estratégias pedagógicas adotadas, a problematização do que é vivido e apresentado, devem permitir que o estudante saia do lugar de observador, depositário e consumidor para passar a ser um protagonista na construção de seu próprio conhecimento (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

> "Criar", "compartilhar", "experienciar", "problematizar" são verbos que traduzem e são traduzidos no que, contemporaneamente, temos chamado de metodologias ativas. Participação crítica dos estudantes, incorporação dos olhares e fazeres dos profissionais de saúde, consideração da percepção do usuário, movimentos dialógicos, experiências interprofissionais (p. 220).

Desta forma, o estudante torna-se o sujeito ativo da aprendizagem e o docente, o mediador do processo de formação. Muda a perspectiva do docente detentor de todo o saber, e do aluno, como aquele que recebe a informação, em um modo que Paulo Freire chamou de educação bancária, em que há uma passividade do aluno enquanto o professor discorre sobre o conteúdo (FREIRE, 1996).

Para que esta mudança possa ocorrer, é imprescindível que o professor passe pela formação de um novo docente, abrindo mão de seu papel "principal". O ato de ensinar deve implicar no ato de aprender, e para tanto o professor precisa respeitar a autonomia de cada indivíduo, creditando a ele a capacidade de construir o próprio conhecimento.

Esta breve abordagem sobre as metodologias ativas não tem a pretensão de abarcar o tema, apenas de introduzir os conceitos primeiros de sua prática, que de certo modo é a Educação Médica centrada no educando. Busca-se a ênfase maior na Educação Médica pensada na Medicina centrada na pessoa.

Trata-se de colocar em evidência o cuidado com o paciente, com foco na saúde em detrimento do foco na doença, bem como do poder médico. O centro do cuidado é a pessoa.

Para que haja uma Educação Médica humanizadora, é preciso que exista uma docência humanizadora.

### 1.2.6 Medicina centrada na pessoa

Porque uma pessoa procura um médico? Foi uma questão primeira da Medicina Centrada na Pessoa estabelecida pelo Dr. Ian R. McWhinney, em 1968. Foram investigados, além dos aspectos físicos dos problemas da pessoa, também os psicológicos, sociais, e de como ela se apresenta em profundidade, sentido e forma como pessoa.

A partir destas questões foi sendo desenvolvido o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que no início recebia o nome de Medicina Centrada na Pessoa. O MCCP foi sendo desenvolvido a partir dos estudos de Ian McWhinney, juntamente com os de sua orientanda de doutorado, Moira Stewart, do Canadá. Recebeu também contribuições de Joseph Levenstein, da África do Sul. O enfoque principal era sobre os atendimentos médicos e os motivos que levavam as pessoas a buscar atendimento.

O estudo se desenvolveu no contexto de Medicina da Família, mas conforme Stewart et al. (2017), "suas mensagens são relevantes para todas as disciplinas médicas e para outras áreas da saúde, como enfermagem, assistência social, fisioterapia e terapia ocupacional" (p. 4).

Esta abordagem implica que o médico passe por várias mudanças de mentalidade, a começar pela noção tradicional da centralidade da figura do médico, de que ele está no comando e a pessoa, que o busca, é um ser passivo. É preciso que o médico empodere a pessoa e renuncie ao tradicional controle que detém. Seguida de outra atitude que requer um equilíbrio entre o que subjetivo e o objetivo, porque manter uma visão sempre objetiva em relação às pessoas acaba conduzindo a uma insensibilidade ao sofrimento humano, o que não é aceitável nesta abordagem (STEWART et al., 2017).

O modelo conceitual do MCCP, na atualidade (2017), engloba quatro componentes interativos: 1) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; 2) entendendo a pessoa como um todo; 3) elaborando um plano conjunto de manejo de problemas; e 4) intensificando a relação entre a pessoa e o médico (STEWART et al., 2017, p. 7).

Estes componentes interativos, explorados mais amiúde, significam investigar quais as percepções e experiências, pessoais e únicas, que a pessoa tem sobre a saúde, qual seu histórico, quais os sentimentos, ideias, expectativas em relação à doença. Buscar entender a pessoa na sua totalidade, em seu contexto próximo e ampliado. Entender os problemas e prioridade para poder

elaborar um plano de ação em conjunto, e quais os papéis de cada um. E por fim, mas não menos importante, ao intensificar a relação entre a pessoa e o médico, ter compaixão e empatia, estabelecer que o poder é compartilhado (STEWART et al., 2017).

Os autores recomendam que também devem ser trabalhados os aspectos entre professor e aluno, de maneira que o aprendizado seja centrado no estudante; e de como organizar o trabalho, para que o cuidado seja de fato centrado na pessoa. Como eles próprios comentam há muitas mudanças que precisam ocorrer na mentalidade e na prática médicas.

Na sequência são apresentados aportes teóricos sobre sujeito, cultura, sociedade, formação e trabalho, como base para análise e discussão dos resultados, complementando os aspectos já apresentados anteriormente.

## 1.3 Sujeito, cultura, sociedade, formação e trabalho

Até aqui foram apresentados os fundamentos teóricos relacionados a história da Medicina, da criação das escolas médicas no Brasil e algumas das transformações que ocorrerem na Educação Médica desde então. Foram abordadas as políticas e o Sistema de Saúde criado a partir da Constituição Brasileira de 1988, em especial, as políticas voltadas para a formação médica e a humanização da saúde.

A seguir, são desenvolvidas reflexões a respeito de sujeito, cultura e sociedade, formação e trabalho, com base nos autores da Escola de Frankfurt (Adorno, Horkheimer, Marcuse, Honnet), e com contribuições de autores da Sociologia, da Psicologia e da Psicanálise, com os quais fosse possível estabelecer diálogo à luz da Teoria Crítica.

A autoridade e o poder dos médicos foram sendo constituídos, ao longo do processo histórico da prática médica, desde a Antiguidade até os tempos atuais. Na Idade Moderna, o movimento da Higiene permitiu ampliar o alcance de suas ações, conforme já abordado anteriormente. Cada médico, ao ser reconhecido e recebido pelas famílias como aquele que sabe o melhor para a saúde de todos, foi se constituindo em um representante da autoridade, assumindo com isso uma identidade de classe adequada a este papel, consolidando-se ao longo do tempo.

A figura do médico, e o que representa como autoridade, exerce uma influência sobre a sociedade, que a reconhece como detentora de um saber, que abrange mais do que a saúde e a doença, engloba os comportamentos, a moral e as emoções. Ter acesso à intimidade do corpo e da alma, aliado ao seu conhecimento, lhe confere o poder do portador da verdade e poder

sobre a vida e a morte. Poder e autoridade que estão imbricados com a posição de conhecimento e de destaque social do médico, e com a subjetividade daquele que busca este caminho de formação, seja para ingressar, seja para manter-se no grupo e ser parte dele.

A escolha deste caminhar envolve muitos aspectos, o que remete a reflexões quanto a meio social, cultura e sociedade, suas influências na formação e nas escolhas de carreira e trabalho, e suas relações, a partir do sujeito que escolhe e suas características subjetivas.

### 1.3.1 A pessoa que escolhe

A pessoa que escolhe pode ser considerada como alguém que possui uma subjetividade, uma realidade psíquica, cognitiva e emocional, com o exercício de ser e tornar-se sujeito, tanto em relação a outro ser, como também ao objeto, tem a existência de um mundo interno que se expressa na objetividade. Sujeito que age e interage com o mundo natural e material, no qual exerce influência e que também é afetado por este mundo externo. Esse sujeito que se reconhece como tal na existência do outro, torna-se também um ser social.

Este sujeito, na acepção de Adorno (1995c), está em relação com o objeto, o que indica que o objeto necessita da reflexão sobre o sujeito e da reflexão subjetiva, e, em um exercício dialético, a subjetividade converte-se em um momento conservado, que se mantém, em que o objeto é o reflexo da subjetividade abstrata. Os sujeitos cognoscentes dependem de espaço, tempo e formas de pensamento. A universalidade e a necessidade dessas formas constituem os homens como uma unidade. Seu pensamento critica o materialismo, que considera o objeto puro em si mesmo, e que influencia a sociedade atual com um positivismo hiper-realista. O primado do objeto em Adorno é de que o sujeito é, por sua vez, "objeto em um sentido qualitativamente distinto e mais radical que o objeto, porque ele, não podendo afinal ser conhecido senão pela consciência, é também sujeito" (p. 187-188).

O sujeito não antecede a sociedade, nem tampouco o objeto, a possibilidade de existência do indivíduo, como ser singular, particular, é devida ao universal, pois o ato de pensar é uma condição universal, portanto de todos os indivíduos e, por conseguinte, social. O sujeito é tanto sujeito, como, enquanto sujeito, também é objeto de sua consciência, tendo sua existência possível na experiência e reconhecimento de si, na existência do outro.

O conhecimento dialético, o pensar de forma dialética, abre para uma nova percepção, pois esta forma de pensamento contém em si uma tensão para ir além de si mesmo. "Assim o

conceito que é dado, já conteria em si o conceito do ir além de si" (ADORNO, apud MAAR, 2006, p. 135).

No entanto, na sociedade, é um desafio que os indivíduos se desenvolvam e se constituam em sujeitos críticos, reflexivos, a partir de um pensamento que seja dialético, que expanda a consciência. A forma de pensar que a sociedade premia está aprisionada em conceitos que se fecham sobre si mesmos, no sentido de colaborar com a manutenção do *status quo*.

A reprodução do que já está posto no sentido de manutenção de um sistema capitalista é incentivada pela sociedade, que, por sua vez, "premia em geral uma não individuação; uma atitude colaboracionista", ambiente em que a formação do eu é enfraquecida (ADORNO, 1995a, p. 153).

O exercício da dialética é fundamental, inclusive no sentido de criticar a si mesmo, cuidando para que não se utilize o conceito de forma idealista. A teoria crítica faz referências, traz reflexões sobre o exercício da subjetividade, sem com isso encerrá-la em um conceito definido ou definitivo. Se a subjetividade for encerrada em um conceito, este ato por si negaria a própria subjetividade como exercício do sujeito livre, capaz de superar a opressão. Sujeito que aprende a pensar, a discernir, diferentemente da relação de submissão e dominação, da formação do eu em seu percurso na história da própria humanidade.

Até que se constituísse o eu, o "caráter do idêntico", foi um longo caminho da humanidade, ao qual a natureza precisou se submeter para que se realizasse o processo civilizatório. De certo modo, a infância reproduz este processo de constituição do homem civilizado, ser social. Adorno e Horkheimer (2006) recorrem ao mito de Ulisses para abordar o processo de constituição do ego, diante tanto da tentação, quanto do medo de perdê-lo, "a tentação de perdê-lo jamais deixou de acompanhar a determinação cega de conservá-lo" (p. 39). O temor da morte, como destruição do que foi conquistado como eu, e a negação da felicidade como forma de sobrevivência deste sujeito em meio a civilização. A sociedade, em seu processo civilizatório, estabeleceu a relação de opressão e dominação, proibição e organização, trabalho e produção, e neste meio tanto os que trabalham quanto os que dominam estão sujeitos a mesma práxis.

A sociedade se organiza em função dos indivíduos e de suas relações, partindo da ideia, conforme Adorno (2006, p. 173), de que "as opiniões, atitudes e valores se baseiam em necessidades humanas e dado que a personalidade é essencialmente uma organização de necessidades, a personalidade pode ser vista" como aquela que determina as "preferências ideológicas". No entanto, ela não é algo fixo, que apenas atua sobre o meio em que está inserida. Ela se desenvolve sendo impactada pelo meio social em que está inserida e, por isso, não pode

ser compreendida fora da totalidade social em que ocorre este processo. Esta influência se dá desde a infância. Os ensinamentos dados a criança, no meio familiar, estão impregnados pelos fatores sociais e econômicos do contexto desta família, pois afetam o comportamento dos pais em relação a si mesmo e aos filhos. Isso vai além dos desejos da família de criar os seus filhos de acordo com as normas dos grupos sociais, étnicos e religiosos a que pertencem. Adorno indica que "mudanças mais amplas nas condições sociais e nas instituições terão relevância direta no tipo de personalidade que se desenvolve em uma sociedade" (p. 173).

O termo personalidade pode ter mais de um uso ou emprego, pode significar pessoas que se destacam publicamente. Comenta Adorno (1995b, p. 62) que para ele a palavra "tinha a conotação de dar-se importância, de presunção, de arrogar-se grandeza". Estes que assim o faziam, conseguiam, por fim, que seu prestígio social, algo externo, fosse inscrito sobre suas pessoas, em uma assimilação feita entre pessoa e personalidade, o que o levou a afirmar que, "pessoa e personalidade não são a mesma coisa" (p. 63).

A pessoa *tem* uma personalidade, diferentemente de *ser* uma personalidade, mas o eu cada vez mais distante daquilo que poderia fortalecê-lo anímica e espiritualmente, como as vivências autênticas e com profundidade, sonha em ser uma personalidade, alguém de destaque, em detrimento do que deveria de fato ser valorizado, segundo Adorno (1995b), que seria a liberdade ética.

A ideia de pessoa forte está associada ao termo personalidade, mas trata-se de uma força para submeter os outros, não de uma qualidade ou virtude de caráter. O que importa é que seja capaz de sugestionar, de conseguir o que quer manipulando ou de forma brutal. Adorno (1995b) continua discorrendo que "a pessoa correta é aquela que se conforma à sociedade [...]" (p. 65). O sujeito que interessa para a sociedade é aquele que, se adaptando, serve aos princípios do sistema. Aquele que não se adapta, que resiste aos mecanismos, que não procura sua preservação é visto como alguém fraco.

A sociedade atual conforma a pessoa aos seus interesses de tal maneira que se deu um vazio no que supostamente seriam a consciência e a liberdade do sujeito, que deixam de existir dando lugar apenas à sua imagem desprovida de conteúdo. Nas palavras de Adorno, "sacrifica-se o momento da autonomia, da liberdade, da resistência, momento que em outros tempos, embora corrompido pela ideologia, repercutia no ideal de personalidade" (1995b, p. 68).

A personalidade forte atribuída ao médico, a sua autoridade, pode estar se descaracterizando na contemporaneidade e perdendo seu *status* de soberania, por todas as mudanças que vêm sendo efetuadas na sociedade e mesmo no âmbito da formação. Professores e discentes estão sendo requeridos quanto a competências e habilidades com as quais antes não

precisavam se atentar. Uma vez perdida essa característica, o que resta ao indivíduo é a força do Eu que se manifesta pelo ato da consciência. Espera-se que seja preservada a força do Eu como indivíduo que não se identifica com uma caricatura de si mesmo. Adorno (1995b) comenta que o que está sendo perdido é a força da consciência, da racionalidade como características do sujeito.

Na Medicina atual, conforme já mencionado (STEWART et al., 2017), no método clínico centrado na pessoa, é importante que a autoridade do médico, como o detentor do saber, ceda lugar para ouvir o que a pessoa que lhe procura tem para lhe falar a respeito de si mesmo e sua doença, permitindo o seu protagonismo. Isso implica em uma renúncia narcísica de ser o centro do saber e do poder.

Adorno (1995b) traz a ideia de personalidade como uma consciência de si mesmo, em que o sujeito chega até ele mesmo, não por uma atenção narcisista de si mesmo, mas pela renúncia de si e pela "dedicação ao outro" (p. 67). É no outro que o sujeito reconhece a si mesmo e se constitui. É no mundo que ele percebe as características que são suas e são do outro, desde que no mundo exista um espaço em que o outro seja considerado igual a si.

Esta personalidade compõe a pessoa, mas não deveria ser confundida com ela, assim como a identidade. Como forma que se expressa e se apresenta para o mundo, a identidade vai sendo constituída de acordo com o espaço de existência que lhe é permitido ou conquistado, em que o exercício da consciência também exerce influência determinante.

Definir a identidade como um fenômeno social "é óbvio e aceitável por quase toda a gente", diz Ciampa (2011, p. 167) e completa afirmando que é no movimento e na interação que vão tomando forma as identidades.

Ciampa (1977) considera fundamental que seja abandonada a ideia mecanicista de identidade, como uma entidade reflexa, como algo natural e inerente ao ser humano, "como algo dado, entendendo-se o homem como um ser que produz a si mesmo" (p. 137). Continua o autor discorrendo que essa autoprodução é "sempre e necessariamente um empreendimento social" (p. 137). O homem como ser produtor e ao mesmo tempo produto da sociedade, ou seja, a realidade por ele criada adquire o poder de configurar o indivíduo.

É na historicidade que podemos compreender a identidade como o processo que se desenvolve, Ciampa (2011) indica que: "temos que considerar a estrutura social e o tempo histórico" (p. 181). Concebe e analisa a identidade como um processo dialético, que se dá na interação social, implicando atividade e consciência.

Na historicidade do sujeito, Ciampa (2011) pondera que se vive a época do capitalismo em que "o capital é o sujeito" sendo o operário e o capitalista os suportes deste capital, pois são

quem sustenta o dinheiro e a mercadoria, “inclusive a força de trabalho” (p. 183). O que afeta sobremaneira a constituição de um sujeito livre e consciente, considerando que identidade, consciência e atividade constituem uma unidade que se expressa na materialidade, como possibilidade realizada.

A subjetividade é a expressão de sentimentos, de desejos, da visão e compreensão que tem da realidade e a objetividade é como põe em prática os projetos delineados, almejados. Ciampa (2011) considera que existe uma unidade em que ambas se necessitam reciprocamente para a concretização e realização de seus intentos. Tornar-se sujeito implica relacionar desejo e finalidade, transformando a si e ao mundo pela atividade, e com isso construindo sua identidade. Pelo exercício da atividade e da consciência, o “o homem é um ator [...] particularmente ativo e solidário” (p. 219), que participa da criação de uma realidade coletiva em que constrói suas personagens “que vão se construindo umas às outras”, e constituindo um universo de significados. Em sua qualidade de ator é capaz de alterar sua condição e não ficar reduzido à mera reprodutibilidade.

A existência do sujeito com base no reconhecimento encontra na análise de Honnet (2003, p. 136) uma explicação:

> Se o sujeito, pelo fato de aprender a assumir as normas sociais de ação do "outro generalizado", deve alcançar a identidade de um membro socialmente aceito de sua coletividade, então tem todo o sentido empregar para essa relação intersubjetiva o conceito de "reconhecimento": na medida em que a criança em desenvolvimento reconhece seus parceiros de interação pela via da interiorização de suas atitudes normativas, ela própria pode saber-se reconhecida como um membro de seu contexto social de cooperação.

Honnet (2003) defende que o elemento no qual se move e se constituem a subjetividade e a identidade individual e coletiva, se dá pela interação. Trata-se de uma relação de reconhecimento mútuo, a identidade do sujeito é reconhecida na comunidade e se mantém reconhecida, na medida em que ele reconhece as demais.

A constituição da identidade é um processo constante, pessoal e também histórico; não se encerra, permanece por toda a vida, e não algo definido e imutável. Erikson (1976) indica que o indivíduo tem uma identidade fruto de duas identidades, uma em seu íntimo e outra, fruto da cultura coletiva. Neste processo de reflexão e observação simultâneas, o indivíduo tenta perceber como os outros o julgam, como ele se vê e como se compara aos outros. É uma diferenciação que se torna abrangente, que se inicia desde a figura materna até alcançar a

humanidade. É uma constante que se iniciou no nascimento e continua em perspectiva histórica, no desenvolvimento do indivíduo.

Na contemporaneidade, as mudanças institucionais e estruturais decorrentes da globalização e da flexibilização do capital vêm provocando mudanças culturais em que vários valores contraditórios coexistem e se fragmentam. Para Bauman (2005), neste espaço da cultura em que valores e significados também se fragmentam, o sujeito, do mesmo modo, já não possui uma identidade única, também está se tornando fragmentado. Em tempos de modernidade líquida, o indivíduo é flutuante, desimpedido. Estar fixo em uma personalidade inflexível "é algo malvisto", contudo o indivíduo sente a necessidade de segurança em torno de um eixo identificável e reconhecível para si mesmo, apesar de toda a fragmentação a que está submetido. E sente a necessidade de adaptação em um mundo que se transforma rapidamente, como usar diferentes identidades como máscaras paras cada situação. Adorno (1989), também se refere a comportamentos induzidos pela ideologia do grupo a que o indivíduo pertence, que conduz as pessoas a terem atitudes semelhantes entre si.

A escolha da profissão, da carreira e do trabalho implica em também escolher a que grupo quer pertencer. Esta escolha passa por determinantes de cultura e sociedade que influenciam na formação do sujeito.

### 1.3.2 Cultura e sociedade

Perpassado pela cultura e inserido em seus círculos sociais desde criança, forma-se o indivíduo, um ser com dimensão histórica e social, pertinente ao momento e aos grupos a que pertence.

Tendo a cultura como uma das referências, ao elaborar um percurso teórico que possa dar conta de uma visão sociológica do indivíduo, que será sujeito desta pesquisa, procurou-se situar esse conceito no campo da pesquisa social, à luz da Teoria Crítica.

Para dar início, busca-se em Marcuse (2001) um conceito de cultura, que denominou de cultura afirmativa, como sendo aquela que buscaria elevar o mundo espiritual-anímico como uma esfera autônoma em relação à civilização. Esta concepção se dá na época burguesa, para diferenciar um mundo maravilhoso, eternamente melhor do que o mundo de luta pela existência do dia a dia, "mas que qualquer indivíduo pode realizar para si 'a partir do interior', sem transformar aquela realidade de fato" (p. 17). Nesta cultura, os objetos culturais se elevam acima do cotidiano e pode-se exaltá-los e celebrá-los.

Separa-se a cultura da civilização, o espiritual do material, os valores e a autenticidade ficam separados das necessidades e do provimento da existência. Fica separado o belo, o verdadeiro e o bom do que é o necessário. O belo e o bom pertencem à cultura; já a civilização abarca o mundo material das necessidades e das normas. Para que a cultura e a civilização continuassem coexistindo, essa concepção de cultura abrangia a todos, independentemente da situação econômica, da riqueza ou da miséria, sem compromisso de transformar a realidade. Indica Marcuse (2001) que era possível admirar o belo, pois o bom e o belo são válidos universalmente e realizáveis no interior de cada sujeito, um sujeito abstrato, não importando a sua classe social. Esta forma de cultura é política e privilegia a manutenção da sociedade de classes, em uma época em que as condições materiais de obtenção de satisfação e prazer, e os encargos são altamente desproporcionais entre a dominadores e dominados.

A burguesia precisava do apoio dos trabalhadores para manter-se no poder na luta contra as instituições feudais na expansão do capitalismo, a liberdade social era uma promessa e exigência, em que a crença no progresso, em um futuro melhor, impulsionava este apoio. A liberdade e a igualdade eram abstratas, eram promessas, assim como a fraternidade, mas com caráter de exigência para todos, para que os dominadores não denunciassem a si próprios como uma minoria cujos interesses na realidade se opunham aos da maioria.

Diante das acusações que recebiam, comenta Marcuse (2001), os burgueses apresentavam a cultura afirmativa, com seus traços idealistas, como resposta: "à necessidade do indivíduo isolado ela responde com a humanidade universal; à miséria corporal, com a beleza da alma; à servidão exterior, com a liberdade interior; ao egoísmo brutal, com o reino virtuoso do dever" (p. 21). Estas ideias progressistas, usadas para manter e estabilizar a dominação burguesa, e que servem para controle das massas insatisfeitas, "ocultam a atrofia corporal e psíquica do indivíduo" (p. 22). É atribuído à cultura que satisfaça a necessidade de felicidade dos indivíduos, desde que interiorizada e racionalizada. Fruir da satisfação material de felicidade para todos não seria possível, pois para que haja a produção, o lucro, é preciso que os trabalhadores não se rebelem, e que apenas uma minoria continue usufruindo destes prazeres. Para a maioria mantém-se a opressão, a carência e o sacrifício, a manutenção da ordem econômica e suas classes sociais.

Marcuse sinaliza que a cultura afirmativa visa tornar as relações apaziguadas, de modo a ocultar as condições sociais provenientes do capitalismo e silenciar os conflitos, em prol de uma exigência de felicidade só tangível no âmbito privado, oposto ao mundo dos fatos materiais. É a promessa de realizar internamente seu plano de felicidade, tendo o espírito como refúgio seguro e apaziguador das dificuldades enfrentadas no mundo concreto.

Na contemporaneidade, vive-se o sistema capitalista imerso na lógica regulada por seus interesses em que a própria cultura é resultado desse jogo econômico. Para Marcuse (2001): “a organização desse mundo por meio do processo de trabalho capitalista converteu o desenvolvimento do indivíduo em concorrência econômica e confiou a satisfação de suas necessidades ao mercado” (p. 35-36). Mesmo que tenha a alma como último refúgio de preservação da subjetividade, ela também sucumbe ao que o autor chama de “ideais burgueses”. O que pertence ao mundo do espírito vai sendo impregnado pelos valores de consumo. Essa liberdade ilusória passa por um controle que abrange todos os setores da sociedade, incluídos aí os meios de divertimento no “tempo livre”.

Adorno (2002) discorre sobre o trabalhador e seu tempo livre, e o quanto a indústria se antecipou ao sujeito e lhe tomou a multiplicidade sensível aos conceitos fundamentais, em um esquematismo. O que Kant citado por Adorno (2002) referia como um mecanismo que, agindo na alma, preparava os dados imediatos de modo que se adaptassem a razão.

Adorno denuncia que a indústria cultural[15] e aqueles que a manipulam planificaram este mecanismo. É a força de "uma sociedade que, não obstante toda racionalização, se mantém irracional", em que para o "consumidor, não há mais nada a classificar que o esquematismo da produção já não tenha antecipadamente classificado" (p. 13). A indústria cultural visa ocupar e dirigir, segundo seus interesses, o trabalhador, inclusive em seu "tempo livre".

"Todos são livres para dançar e se divertir, como, desde a neutralização histórica da religião, são livres para ingressar em uma das inumeráveis seitas", mas quanto às ideologias que dominam uma sociedade, Adorno refere que a liberdade na escolha destas, sempre reflete a pressão econômica, revelando-se "em todos os setores como liberdade do sempre igual" (ADORNO, 2002, p. 73).

O sistema social encontra na indústria cultural um meio de manter a padronização, a imutabilidade, a produção em série como forma de manutenção de seu domínio. Para Adorno (2002, p. 47), o célebre "continuar 'ir levando' em geral se torna a justificação da cega permanência do sistema, ou melhor, de sua imutabilidade". Isso imprime a condição de permanência da ordem estabelecida.

A ideologia que norteia a produção do cinema, do rádio, resume-se em que são apenas negócios, comentam Adorno (2002). A ideia de que cultura deve proporcionar diversão, com necessidades criadas por ela mesma, como uma extensão do trabalho "sob o capitalismo tardio é uma forma de manter este mesmo trabalhador sob regulação. Ela é procurada pelos que querem se subtrair aos processos de trabalho mecanizado, para que estejam de novo em condições de enfrentá-lo" (p. 30-31). Nesta produção de entretenimento, no cinema por exemplo, tudo é pensado de forma regulada a estimular as emoções e reações e evitar que o espectador pense por si mesmo, mas sim na forma de sinais, em que ele é conduzido, mas percebe-se como descobridor.

A ideia de que todos e qualquer um pode ser substituído, a criação de um ser genérico, se dá pela representação na tela do cinema, de pessoas, personagens felizes, semelhantes às que assistem. Ao representar na tela do cinema os mesmos tipos de pessoas que formam o público que os assiste, a indústria cultural cria uma separação insuperável entre uns e outros: "A perfeita

---

[15] Indústria cultural é uma expressão que traz em si a crítica que se estabelece na obra conjunta de Adorno e Horkheimer, a *Dialética do esclarecimento* ([1947]1997), que pode ser considerada a baliza histórico-filosófica da Escola de Frankfurt. Os autores consideram que: "Sob o poder do monopólio, toda cultura de massas é idêntica, [...] eles [os governantes] a utilizam [a arte] como uma ideologia destinada a legitimar o lixo que propositalmente produzem. Eles se definem a si mesmos como indústrias [...]" (p. 57).

semelhança é a absoluta diferença" (ADORNO, 2002, p. 43). Foi criada a pessoa como um ser genérico.

Adorno (2002) analisam que a conquista pelo esforço, enfrentando e superando dificuldades, desafiando-se, tem sido substituída pela "ideia de prêmio", que o cinema faz por reforçar nas histórias de seus personagens, em uma estratégia de atingir as massas e influenciar a forma de pensar, de agir e, também, a de sentir. Pois se até "a própria fortuna burguesa não mais tem qualquer relação com o efeito calculável de seu trabalho" (p. 44), podendo ser um ato do acaso, por que não contar com essa possibilidade? Trata-se de mais um engodo manipulado em que todos, de alguma maneira, tendem a acreditar e que privilegia e acentua o individualismo, uma vez que cada um quer garantir para si a possibilidade de ser "o sorteado", o "felizardo". Mesmo sabendo que a fortuna por sorte ou acaso seja um engodo, as pessoas deixam-se levar pela irracionalidade do seu governo, e na história de sucesso de uns poucos espelha-se a impotência de todos.

Ao abordar o conhecimento e a sociedade, Adorno (1995c) indica que "somente a tomada de consciência do social proporciona ao conhecimento a objetividade que ele perde por descuido enquanto obedece às forças sociais que o governam, sem refletir sobre elas". (p. 5). Este exercício de atenção e ampliação da consciência é o que permite que haja um pensamento crítico, em que o sujeito não se deixe cair no engodo.

Este exercício de atenção é necessário em todos os contextos, seja no campo de trabalho, seja como público de espetáculo, no entanto, não é estimulado pelo sistema. Benjamin (1992) traz este aspecto ao afirmar que "O público é um examinador, mas distraído" (p. 110). Na contemporaneidade, essa desatenção só tende a aumentar em uma época de muitas informações, diminuindo cada vez mais a possibilidade de contato entre as pessoas. Tudo é muito visual e, às vezes, nem isso, é apenas audível.

Isso pode ser sentido nas relações como um todo, sejam pessoais ou profissionais, e trazendo para o tema desta pesquisa, na maneira como se relacionam o médico e o paciente. Uma relação que está cada vez mais baseada no uso de tecnologias, criando o distanciamento físico entre as pessoas e a brevidade nas comunicações, que fazem com que se perca o aprofundamento de ideias e temas, perdendo-se até mesmo a perplexidade diante do que poderia ser polêmico ou contraditório.

Considerando o que até aqui foi exposto, julga-se pertinente que se coloquem reflexões sobre os grupos sociais tais como família, amigos e comunidade em que cada indivíduo está inserido e como, por sua vez, esses grupos interagem com o que está posto. Adorno comenta

da falsa liberdade e da forma de controle que abrange e permeia todos os grupos sociais como família[16], amigos e comunidade, em que cada indivíduo está inserido.

Em meio às pressões cotidianas, o indivíduo busca seu minigrupo familiar, que considera seu refúgio. No entanto, também na família atuam as forças de repressão e controle ditadas pela norma social produzida ao longo do processo civilizatório. Conforme Horkheimer e Adorno (1973c, p. 133) "a família está submetida a uma dinâmica de caráter duplamente social". Nessa esfera da intimidade, há mais uma exigência a ser atendida: não basta obedecer, é preciso querer obedecer e satisfazer aos outros, atendendo à ordem de Lutero de "temer e amar" (p. 138). É a família que incentiva o ideal burguês: "quem quiser ser alguém, [...], ou simplesmente não soçobrar, deve aprender a satisfazer os outros".

Na família, aprende a amar quem se apresenta como autoridade, bem adaptada em seu meio social, que atinge o esperado do que é ser um indivíduo bem-sucedido em suas tarefas sociais. Objetivo que pode ser atingido ao exercer uma profissão reconhecida como posição de saber, poder, autoridade e sucesso econômico. Mesmo que isso já não corresponda mais totalmente à realidade, em especial neste momento [2017]. Apesar disso, os jovens buscam uma identificação mais com a classe a que pertencem, ou querem pertencer do que, propriamente, com as condições econômicas.

Há uma busca de identificação entre os jovens, comentam Horkheimer e Adorno (1973b), que vai além das condições materiais, abarcando o psíquico. Para os autores esse comportamento demonstra que as "diferenciações ideológicas se recompõem com maior rapidez que os materiais ou, melhor dizendo, sobrevivem como expressão da consciência do *status* hierárquico" (p. 164). Fazem referência a uma experiência vivida por jovens no pós-guerra em uma população de uma pequena cidade da área rural da Alemanha, Darmstadt. Destacam que apesar da guerra "[...] da destruição pelos bombardeios, da desvalorização e subsequente reforma monetária, a diferenciação social continuava ainda correspondendo à de antes da guerra ou, pelo menos, assemelhava-se bastante" (p. 163).

Essa consciência de *status* hierárquico organiza a comunidade em classes em que o social e o cultural são alguns dos aspectos valorizados. Os indivíduos ligados por afinidades profissionais a reproduzem formando círculos fechados em que o ingresso se dá por muito esforço. Este é o caso da formação em Medicina, que é longa, dispendiosa e requer muitos e variados esforços de seus pretendentes a futuros membros.

---

[16] Entendendo a família como um grupo de pessoas que vivem sob o mesmo teto, ligadas por laços de compromisso similares ao casamento ou pelo próprio casamento e/ou com relações de filiação por consanguinidade ou adoção.

Nesse contexto, o indivíduo em construção de seu espaço social tem sua subjetividade afetada pelas influências que recebe, e em meio às quais se desenvolve como pessoa.

O uso da tecnologia, e ela mesma em si, não se constitui em um problema. A Medicina aparelhada e desenvolvida em seus aspectos tecnológicos permite um melhor atendimento. Nesta sociedade contemporânea o problema é a utilização da técnica e da tecnologia como uma forma de dominação, afirma Crochík (2013), no sentido que a facilidade que ela proporciona inebria o sujeito e o descompromete de esforços. É usada como apologia ao pensamento burguês, como fetiche, como ideologia. Em ideologia se transforma. É a mentira à qual o indivíduo adere consciente de que o faz, mentira que atualmente engendra o sistema, em que, explica Crochík (2007), a "ideologia atual, [...] de uma forma geral, perdeu a sua racionalidade, constitui-se de mentiras manifestas, e assim sequer pode ser criticada" (p. 188). Já não há um véu que a recobre, prevalece uma "consciência contraditória" em que o indivíduo sabe que o que está fazendo não tem sentido, mas faz mesmo assim. "A má consciência já está instalada" (p. 188), e a adesão à mentira manifesta se dá por uma questão objetiva de estar inserido.

O fazer parte, retomando Adorno e Horkheimer (1989), também se dá pela imitação, atitude em que se acomodam os indivíduos que renunciam ao esforço da individuação; a vontade está corrompida e enfraquecida pela mercadorização da vida. Essa acomodação é orquestrada pela sociedade administrada, na qual é desejável que os indivíduos sejam passivos e condutíveis em suas iniciativas e desejos.

Na busca do fazer parte, estar inserido, antes ainda do início desta busca, está o caminho da formação. O indivíduo começa a ser formado desde criança no grupo familiar, como já comentado. O processo de educação se estende para a escola, e para aqueles que buscam uma formação superior, no caso deste estudo os que buscam a formação médica, o ingresso na faculdade é apenas o início de um longo caminho de formação profissional.

### 1.3.3 Formação

A formação dos indivíduos é um conceito amplo que abarca a prática e a práxis educativas, e vai além, compreendendo os valores culturais, sociais, econômicos, com suas influências e implicações, já mencionadas, sobre o indivíduo. A formação contempla as dimensões antropológica, histórica, gnosiológica e ontológica de uma forma específica de

práxis e também é uma prática que visa os aspectos utilitaristas e produtivistas da sociedade por meio da escolarização (ROGGERO, 2011)[17].

A concepção de educação, no processo de ensino e aprendizagem, exige respeito pela autonomia do educando, seja criança, jovem ou adulto, nas palavras de Paulo Freire (1996): "O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros" (p. 59). A autonomia do educando só é possível em um processo em que o docente tem a clareza de que nesta relação não há superioridade e inferioridade, mas, sim, papéis diferentes, e que o ensinar também implica em aprender e quem aprende também ensina e mais de acordo com Freire "Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção" (p. 20).

A educação não deve ser nem modelagem, tampouco mera transmissão de conhecimentos, "mas a produção de uma consciência verdadeira", afirma Adorno (1995a, p. 141). A consciência constituinte de um sujeito, que imerso na sociedade, possa e até deva adaptar-se, mas sem prescindir de sua capacidade de resistência. O autor se refere a importância de fortalecer a resistência, em vez de fortalecer a adaptação, com atitudes conscientes.

A educação deve ter um objetivo de possibilitar a consciência de realidade na formação do indivíduo. Pode ser observada, nas DCN do curso de Medicina, essa indicação de formar o indivíduo para a realidade do contexto político e social em que irá atuar como médico.

As DCN colocam como objetivo a formação de um médico tecnicamente competente e socialmente comprometido, com uma visão:

> generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (MEC, 2014a, p. 1).

Trata-se de um desafio no processo de ensino e aprendizagem que envolve a escola médica integralmente, provocando mudanças na relação entre professores e estudantes. Professores que são, em geral, médicos atuantes, mas que nem sempre tem alguma formação em docência. Suas práticas profissionais e como conduzem suas relações, no e de trabalho, permeiam o exercício do ensino da Medicina. São as autoridades em saber médico, o que repercute sobre o modo de o estudante encarar o exercício da profissão.

---

[17] Anotações feitas em aula, ministrada pela profª. Dra. Rosemary Roggero, disciplina Instituições, Organização e Práticas Escolares, PPGE-UNINOVE, outubro/2011.

Os alunos atribuem aos professores a responsabilidade do conhecimento e os têm como referência e modelo. Destacando que, professores em geral, formados em um modelo disciplinar, cartesiano, tradicional, diferentemente do emprego de metodologias ativas incluídas pelos projetos pedagógicos atuais que contemplam as orientações das DCN. Professores que se formaram especialistas nas partes, que estão orientando estudantes que devem ser formados com visão do todo, um "promotor da saúde integral". Comentam Gomes e Rego (2014) que, além disso, o mercado de trabalho e os próprios profissionais médicos "atribuem diferentes valores às formas de trabalho médico e às diversas especialidades: as práticas especializadas têm maior prestígio que as gerais, inclusive econômica e socialmente" (p. 28).

Este contexto da formação médica, que atravessa um período de profundas transformações, atinge tanto professores quanto os futuros médicos, a começar por suas relações. Roggero (2007, p. 66) destaca que a "formação e o trabalho se constituem nas relações sociais". Formar-se para o trabalho, e trabalhar propriamente, é uma das maneiras de encontrar seu espaço no mundo. Partindo de que a educação prepara para o trabalho, e contém em si mesma a prática do trabalho almejado, fica relegado a uma posição menor, ou até mesmo esquecido, o fato de que a docência é também uma forma de trabalho direto na educação dos alunos.

A educação deve criar condições para o sujeito amplie sua percepção para além de sua individualidade e possa perceber o todo social, que seu espírito se desenvolva deixando para trás a trivialidade cotidiana, que sua linguagem seja expressão do espírito, não apenas códigos de comunicação prática. Adorno (2004) pondera que a sociedade burguesa transformou educação em sinônimo de *status*: "ter educação" é ser diferente. Transformada em mercadoria, deixa de ser formação para ser pseudoformação. O fetichismo da mercadoria resulta em que: "a pseudocultura é o espírito tomado pelo caráter fetichista da mercadoria" (p. 101). Nesse contexto se dá a formação, em que educação é mercadoria que pode ser comprada, e indivíduos, por sua vez, são objetos da mercadorização, seja como profissionais ou "clientes".

Ao referir-se à educação, a formação de maneira mais ampla e a importância da consciência, Adorno (1995a) ressalta que a aptidão para realizar a experiência favorece o aumento do nível de reflexão. É esta aptidão que permite experienciar e com isto desenvolver uma maior capacidade de reflexão, que lhe será importante em uma sociedade com situações em permanentes mudanças, responsáveis pela pressão do mundo "administrado".

O que caracteriza a consciência é o ato de pensar em relação à realidade, o conteúdo do pensamento:

> [...] a relação entre as formas e estruturas de pensamento do sujeito e aquilo que este não é. Este sentido mais profundo de consciência ou faculdade de pensar não é apenas o desenvolvimento logico formal, mas ele corresponde literalmente à capacidade de fazer experiências. Eu diria que pensar é o mesmo que fazer experiências intelectuais. Nesta medida e nos termos que procuramos expor, a educação para a experiência é idêntica à educação para a emancipação (ADORNO, 1995a, p. 151).

A Educação em Medicina, conforme as DCN de 2014, em seu artigo 3º, já comentado, visa preparar um médico generalista com visão humanista, com desenvolvimento prático e aporte teórico e técnico que lhe permitam um atendimento eficiente em todos os níveis de atenção à saúde e demais habilidades e competências que implicam no uso da racionalidade, da empatia e da conscientização do contexto socioeconômico e cultural do paciente e do ambiente em que atuará como médico. Não basta o conhecimento técnico, é necessária a visão integral do paciente.

Adorno pondera sobre a noção de emancipação dialética que implica na conscientização, mas não exclui a racionalidade. Defende que são simultâneas, bem como a necessidade de adaptação: "A educação seria impotente e ideológica se ignorasse o objetivo de adaptação e não preparasse os homens para se orientarem no mundo" (p. 143). Também a educação seria questionável se ficasse apenas nisso, em produzir pessoas bem ajustadas. Não basta formar bons médicos do ponto de vista técnico e racional, a consciência de que o trabalho do médico é essencialmente humano e social também deve ser um dos objetivos a ser alcançado pela educação.

Em uma realidade em que o outro deve ser dominado, ele não é igual. O indivíduo perde a referência do que é humanidade em si e nos outros. Continua sendo a pessoa "correta", adaptada ao que é esperado dela, dominada por personalidades que nem em sonho imagina existirem, pois estas se escondem atrás dos jogos que manipulam as vontades das massas. O sujeito continua atuando e interagindo em grupos, sendo solicitado a cooperar ao mesmo tempo em que é estimulado a projetar-se sobre os demais; sob o discurso da fraternidade, é levado a proteger-se dos outros pela necessidade da competição. Esse sujeito contemporâneo, em especial o jovem, precisa aprender a lidar com toda essa ambiguidade em sua formação.

Adorno (1995a) defende que a educação deve ser capaz de desenvolver uma consciência crítica, para que possa atender uma exigência política de pessoas emancipadas em uma sociedade democrática de fato. Ao que Becker (apud ADORNO, 1995a, p. 142) responde que "a juventude não deseja uma consciência crítica [...] a juventude quer modelos ideais" — sendo que a ideia de modelos ideias não pode ser superada simplesmente pela oferta de ideais. Assim,

o autor refere que, para lidar com essa demanda, é necessário que: "o princípio do esclarecimento, da consciência, seja aplicado na prática educacional" de forma a contemplar não apenas a adolescência[18], mas "também aos adultos", que se mantêm sempre adolescentes: pois junto à mania por modelos, não se pode ignorar que há também uma busca de esclarecimento.

Vale ressaltar que os modelos na educação, representados pelos professores, são muito importantes para os estudantes, que os observam como algo admirável a ser seguido, ou algo que não concordam e não querem reproduzir, mas não serão suficientes para dar conta de suas futuras atividades. A educação precisa utilizar-se de estratégias que abarquem as diferentes habilidades e competências que busca desenvolver, no caso desta pesquisa, a formação de futuros médicos.

Na área da Medicina, existem recursos de ensino, avançados, como a Simulação Realística em Saúde[19], como estratégia de treinamento.[20] As práticas educativas e o conceito de qualidade de educação vêm sendo permeados pelas noções de competências, habilidades e conhecimento, com o uso de metodologias ativas. **A escolha de cada metodologia a ser aplicada dependerá do objetivo que se queira alcançar, visando que** o estudante se torne o sujeito ativo da aprendizagem e o docente seja o mediador do processo de formação.

---

[18] "Período da adolescência, em seu sentido amplo —, e o senhor sabe que existem pessoas em que esse período se prolonga por toda a vida" (BECKER, apud ADORNO, 1995b, p. 142).

[19] O treinamento por Simulação Realística permite um ambiente participativo e de interatividade, utilizando cenários clínicos que replicam experiências da vida real. Para isso, são utilizados simuladores de realidade virtual de cirurgia, simuladores de paciente (robôs), manequins estáticos e atores. Os centros de simulação que abrigam esses recursos propiciam um ambiente semelhante a um hospital virtual e favorecem treinamentos práticos, o que resulta em melhor retenção da informação (MIZOI, et al., 2007, p. 100).

[20] Neste trabalho não são analisadas as implicações da Simulação Realística no processo de ensino e aprendizagem, por não ser esse o foco da pesquisa; apenas é citada como uma nova ferramenta metodológica de ensino.

### 1.3.4 Profissão, carreira, trabalho

Parte-se do pressuposto de que as escolhas sejam conscientes e fruto de uma decisão pessoal, pois são feitas por indivíduos livres de uma sociedade ocidental que as permite. Sejam as que vão definir um caminho de vida, ou pequenas escolhas do dia a dia de cada um, estão impregnadas por uma série de influências da cultura, da sociedade, da família. Entre elas, uma das mais importantes é a escolha do trabalho, profissão ou carreira.

O trabalho nos coloca em contato com o mundo e nos atribui uma identidade profissional, em uma sociedade capitalista em que o indivíduo é valorizado pela sua capacidade de produção, o que produz, como produz e em que posição social isso o coloca. Neste contexto, a escolha pode estar relacionada com a forma como se quer ser visto pela sociedade, que identidade se quer assumir no mundo do trabalho, e qual a repercussão social que tem essa identidade quanto a valorização, respeito e autoridade. Ao escolher uma profissão, é inerente a escolha pelo que ela representa no meio social ao qual a pessoa pertence, ou do qual quer fazer parte.

O fato de escolher uma profissão, que exige um preparo longo e dispendioso, em muitos aspectos, inclusive o financeiro, faz desse grupo que pode escolher a Medicina, um grupo considerado privilegiado socialmente, na cultura capitalista. O curso de Medicina está entre os mais longos, apenas a graduação tem a duração de seis anos, sem considerar os tempos de especialização, em geral na Residência, considerada a "especialização ouro" da Medicina e almejada por todos que terminam o curso médico. Estes anos de especialização podem durar outro tanto, e são tão necessários diante das exigências atuais de mercado, que se tornaram uma continuidade natural da formação. Também é, fundamentalmente, um dos cursos mais caros, senão o mais caro, dados os custos que o envolvem, mesmo quando realizados em escolas públicas, em que não há pagamentos de mensalidades, ou com auxílios do Programa Universidade para Todos (Prouni)[21] ou pelo Fundo de Financiamento Estudantil (Fies)[22].

Um fator importante na escolha de uma profissão é a projeção de querer ser como alguém que a pessoa conhece. Bohoslavsky (1998) indica que há uma projeção de *quem* a

---

[21] O Programa Universidade para Todos (Prouni) foi criado em 2004, pela Lei nº 11.096/2005, e tem como finalidade a concessão de bolsas de estudos integrais e parciais a estudantes de cursos de graduação e de cursos sequenciais de formação específica, em instituições privadas de educação superior. As instituições que aderem ao programa recebem isenção de tributos (MEC/PROUNI, 2012).

[22] O Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) é um programa do Ministério da Educação destinado a financiar a graduação na educação superior de estudantes matriculados em instituições não gratuitas. Podem recorrer ao financiamento os estudantes matriculados em cursos superiores que tenham avaliação positiva nos processos conduzidos pelo Ministério da Educação (MEC/FIES, 2017).

pessoa quer ser, sendo muito influenciada por modelos, pessoas a quem o jovem admira e idealiza.

Adorno (2002) refere que a liberdade na escolha reflete a pressão econômica, a influência das ideologias que dominam uma sociedade, revelando-se "em todos os setores como liberdade do sempre igual" (p. 73), em uma alusão aos padrões que são calcados e introjetados em cada indivíduo, de forma sub-reptícia, para a reprodução do que o sistema capitalista coordena e administra para a sua própria manutenção.

Ao abordar a questão do trabalho, do tempo-não-livre, e do tempo-livre, Adorno (2002) faz menção ao fascínio que exerce sobre as pessoas e retoma a questão da liberdade, e além de afirmar, o que de certa forma é sabido, que as pessoas não têm liberdade em seu trabalho, ele denuncia que "nem em sua consciência dispõem de si mesmas com real liberdade". (p. 103). Alude à sociedade, que por um lado apregoa a liberdade do sujeito, mas de outro, controla sua vida até em seus meios de divertimento, no que seria seu tempo livre. Adorno (2002, p. 104) pondera sobre a "não-liberdade, tão desconhecida da maioria das pessoas não-livres como a sua não-liberdade, em si mesma". Pouca ou nenhuma consciência é possível sobre a não-liberdade quando os indivíduos têm a garantia de escolha por todos os meios aparentes das atividades sociais. Estão "convictas de que agem por vontade própria" quando, na verdade, "essa vontade é modelada por aquilo do que desejam estar livres fora do horário de trabalho" (p. 104). Adorno sinaliza, em seu comentário, o quanto a liberdade é uma ilusão manipulada segundo interesses de quem controla os meios de produção, de trabalho e capital.

Em um contexto de significados, tanto culturais quanto históricos, em que cada indivíduo está inserido com suas vivências, num constante influenciar mútuo entre grupo e indivíduo, o trabalho pode ir muito além de promover o sustento. Bohoslavsky (1998) afirma que o comportamento relacionado ao trabalho supõe: *com o quê, para quê, como, por quê, quando* e *onde* se trabalha. Tudo se passa em um contexto sociocultural que envolve o sujeito que escolhe e no qual ele está inserido, representado pelas instituições e organizações sociais como família, escola, igreja, entidades esportivas, recreativas e também as instituições que organizam e regulam a vida da comunidade. Contexto que é permeado pela tecnologia, sistemas de significados, redes de informações e em que se dão as relações sociais.

A palavra trabalho tem origem no latim, nas palavras *tripalium* e labor; *tripalium* era um instrumento de tortura, associando o trabalho à ideia de sofrimento e castigo; já palavra

labor[23] também está ligada a dor e esforço, mas sem a conotação de castigo. Trabalho como labor designa as tarefas pesadas de manutenção da vida, tais como a lavoura, os cuidados com os animais (carga, transporte, corte etc.), com as tarefas domésticas, construção de casas, pontes etc.

Hanna Arendt (1993) designou como *vita activa* as três atividades fundamentais do ser humano: o labor, o trabalho e a ação, que são inerentes à sua condição humana de vida e, das quais, não pode prescindir de nenhuma. O labor seria responsável pela manutenção da vida biológica, a sobrevivência, a manutenção da espécie. O trabalho seria o que o homem produz e com o que modifica o mundo natural, emprestando durabilidade e permanência ao caráter efêmero da vida temporal. Já a ação seria a atividade sem mediação da matéria, e que se estabelece na relação entre os seres humanos, criando os corpos políticos e a condição da lembrança e da história. Nesta concepção, o trabalho médico está relacionado com a ação, que se estabelece nas relações humanas.

A diferença entre o homem primitivo e o civilizado, segundo Freud (1974), estaria na sublimação de instintos primários, transformados em atividade produtiva. No sacrifício da satisfação sexual, estaria a compulsão para o trabalho. Sendo o trabalho psíquico e intelectual uma maneira de obtenção de prazer. E é também no trabalho, de forma geral, que é acessível a todos, que o homem encontra formas de estar em contato com a realidade. Para o autor é a "ênfase no trabalho" que insere a pessoa de modo firme e seguro na realidade, "na comunidade humana" (p. 24).

Na formação para o trabalho, as pessoas estão buscando uma forma de inserção na comunidade humana, uma identidade própria, além da família. No trabalho, vislumbram uma condição de inserção como indivíduo no mundo.

Esta condição de identidade e trabalho foi construída historicamente. Na Antiguidade, o trabalho era "ditado pela necessidade", um sistema natural, conforme Bendassolli (2007, p. 41). No início do sistema capitalista, o sujeito passa a ser reconhecido por uma associação entre posse e consumo, trabalho e renda. O reconhecimento social, o valor do indivíduo, vem pelo reconhecimento de sua posse sobre bens e, mais ainda, pelo reconhecimento do que ele faz, de qual é o seu capital pessoal, social e humano. O valor moral é associado a valor econômico, e o trabalho passa a ter essa centralidade em relação ao sujeito.

---

[23] As palavras para "labor" em vários idiomas, como o latim e o inglês *labor*, o grego *ponos*, o francês *travail*, o alemão *arbeit*, significam dor e esforço. Labor tem a mesma raiz etimológica que *labare* (cambalear sob uma carga); *ponos* e *arbeit* têm as mesmas raízes etimológicas que "pobreza" (cf. ARENDT, 1993, p. 58).

Esta centralidade, em tempos atuais, pode estar enfraquecida à medida que a própria categoria trabalho vem sendo transformada, passando do enquadre institucional, na forma de emprego, para diversas formas pulverizadas com a crescente terceirização do trabalho e a transnacionalização das empresas, indica Bendassolli (2007).

Atualmente, vive-se a época que forma mais consumidores do que trabalhadores, afirma Bendassolli (2007), época de perda de fundamentos expressa na fragilidade das crenças e no esgarçamento de vínculos e relações. O enfraquecimento do trabalho como instituição repercute na subjetividade e na formação da personalidade[24]. Mas, por mais enfraquecido que possa estar na contemporaneidade, "*ainda* é uma das principais vias de acesso à renda e de organização de rotinas sociais e individuais" (p. 24), o que gera perplexidade, pois esperamos mais do trabalho do que ele pode nos oferecer.

De fato, o trabalho ainda é uma das principais vias de acesso à renda, bem como de inserção em grupos sociais. Continua a ser uma via para a satisfação de necessidades humanas, fonte de recursos para gerir e organizar a vida das pessoas. Confere uma identidade e reconhecimento nos círculos profissional, social e familiar.

Com a formação médica, a identidade adquirida continua sendo considerada e reconhecida como um *status* diferenciado nos círculos sociais, pelos diversos fatores de valorização já abordados. Para alguns poucos, é possível a escolha dos cursos considerados da "elite", dados os esforços preparatórios e custos envolvidos, embora este panorama venha sendo alterado pelas iniciativas do Prouni e do Fies, já mencionadas.

Até aqui, foram apresentadas reflexões sobre cultura, sociedade, família, formação, subjetividade, trabalho e identidade. Buscou-se manter uma concepção de indivíduo do ponto de vista social, em que a pessoa constitui suas relações e é constituído por elas. Foram presentados aspectos relacionados com estratégias, como a indústria cultural e outras formas, que o poder encontra para direcionar o sistema de acordo com os interesses do capital. Um contexto em que a liberdade pode ser desde uma mera abstração até uma limitação de consciência, sem que de fato o indivíduo possa exercê-la, apesar de crer que o faz. Contexto em que valores morais e éticos podem estar impregnados pela coisificação do sujeito e pelo tecnicismo, em que eficácia e eficiência apresentam-se como mais importantes do que consciência e sentimentos, no exercício profissional.

Este estudo discute como a formação médica, tanto do ponto de vista dos alunos, quanto dos docentes, influencia a humanização, ou ausência desta, na Medicina. Foram consideradas

[24] Como fator na constituição da identidade, nas descrições de si mesmos com base em seus trabalhos, nos espaços sociais que ocupam, na valorização própria, e formas de expressão, conforme suas atividades.

as condições sócio-históricas em que se constituem os participantes convidados desta pesquisa, formadores e formandos. Para tanto foram feitas reflexões quanto aos aspectos formadores da família, da escolarização, dos pequenos grupos sociais até chegar aos da sociedade, em sua concepção mais ampla.

Este estudo sobre a formação e a prática médica e humanização poderá contribuir para evidenciar a importância das relações e da comunicação na Medicina centrada na pessoa, seja na estrutura do curso, no projeto pedagógico, no currículo oficial e no oculto, envolvendo também todos os atores do processo.

Ao propor-se este estudo partiu-se de pressupostos de que tanto os docentes quanto os alunos, que estão em formação, são indivíduos imersos na cultura, que pensam exercer uma plena liberdade em suas escolhas, não tendo consciência da parcialidade desta. Entendida a cultura, tanto a cultura da sociedade administrada pelo capital quanto a cultura da profissão médica, levantaram-se também as hipóteses de que:

– O processo de formação, na percepção dos envolvidos, está comprometido mais com a capacitação técnica e menos com o desenvolvimento de um sujeito com visão humanista de sua profissão.

– Humanização recebe diferentes significados, explicações, definições e/ou conceitos por parte dos envolvidos no processo de formação.

– Existe na cultura médica do ambiente acadêmico uma resistência a temas que envolvam as Humanidades, com diferentes justificativas para tanto.

Isto posto, a seguir o leitor encontrará os objetivos deste estudo. Na sequência apresentam-se o Método; Resultados e Discussão; Considerações Finais. E por último as Referências e Anexos.

# 2 OBJETIVOS

## 2.1 Objetivo geral

Este trabalho se propõe a analisar e discutir a formação em Medicina quanto aos aspectos relacionados com a visão humanista e humanizada da profissão, bem como as influências da cultura médica e dos sujeitos envolvidos no processo de humanização.

## 2.2 Objetivos secundários

Investigar as influências que se fizeram presentes em suas escolhas de carreira e profissão e trabalho, dos professores e dos estudantes.

Investigar como professores e estudantes quanto as influências das práticas sociais e educacionais e como isso se expressa na formação e na prática profissional.

Investigar junto aos formandos e formadores significados e conceitos de humanização da Medicina e a importância que estes consideram que ela tenha.

# 3 MÉTODO

Apresenta-se o método para o desenvolvimento desta pesquisa, bem como o referencial teórico-metodológico e a fundamentação para a escolha da História Oral.

## 3.1 Participantes

A pesquisa foi desenvolvida junto a quatro estudantes e quatro professores de Medicina, escolhidos de forma aleatória independentemente de vínculos institucionais.

Os critérios de inclusão dos participantes convidados foram, em grande parte, as indicações de uns para outros, tendo iniciado no momento em que lancei a ideia da pesquisa para pessoas, pesquisadoras de diversas áreas interessadas no tema; e o interesse em participar da entrevista, manifestado verbalmente para a pesquisadora.

A estratégia de coleta de dados se baseou na História Oral, como método de entrevista.

Os professores e os estudantes pertencem a instituições públicas de Ensino Superior, do Estado de São Paulo, de departamentos diversos, contemplando as áreas clínica e cirúrgica, com idades de 44 anos, 56 anos, 60 anos, 68 anos, todos casados. Entre os alunos, dois estavam cursando os primeiros anos da graduação (2º), e dois estavam nos últimos anos de formação (5º e 6º), tendo idades, dois com 21 anos, e os demais com 23 anos e 26 anos, todos solteiros.

## 3.2 Instrumento

Como metodologia de pesquisa empírica, foi utilizada a História Oral como estratégia de entrevista. Pela análise da narrativa dos participantes convidados, buscou-se depreender aspectos relacionados com a formação médica no que diz respeito a: cultura da sociedade e a cultura da profissão médica; escolhas, processo de formação; significados e conceitos de humanização; percepção de resistência às disciplinas e às práticas de humanidades no currículo da graduação em medicina; percepção de significados para a prática humanizada da profissão.

### 3.3 Procedimentos

As entrevistas foram gravadas em áudio, com o auxílio de um gravador, mediante autorização dos participantes tendo sido transcritas na íntegra, tendo sido utilizada a metodologia da história oral.

Schraiber (1995) ao realizar um estudo sobre a profissão médica recorreu ao relato oral como metodologia. A autora refere-se à História Oral da seguinte maneira:

> Essa metodologia introduz relativamente à aproximação do objeto em estudo, pois, duas ordens articuladas de questões: o social e o coletivo por referência ao individual singular que o apreende; e o real objetivo por referência à dimensão subjetiva que o evidencia. (SCHRAIBER, 1995, p. 65).

De acordo com a autora, a história oral é uma metodologia que apreende, por meio do singular da narrativa do sujeito, o coletivo em suas representações, podendo ser usada para o estudo de percepções e experiências de professores de Medicina e de estudantes, futuros médicos. Quem entrevistar e quais temas? Nas palavras de Thompson, quanto a essas escolhas:

> Quais são os temas fundamentais, os temas mais importantes para se fazer um trabalho original em história oral? Um deles, na verdade, é o das vozes ocultas. Não estou dizendo que vocês só deveriam estudar os atores ocultos e os pobres, porque já se fez história oral muito importante também sobre os poderosos, os políticos, os artistas, os empresários, os empreendedores e assim por diante. (THOMPSON, 2006, p. 24).

Escutar o que professores e estudantes de Medicina têm a dizer sobre o curso, a formação e a profissão e sua humanização, nos permite a oportunidade de ouvir e conhecer aqueles participantes convidados, os quais em geral são conhecidos apenas do ponto de vista da relação médico-paciente. Sendo assim, a metodologia de história oral pode ser bem apropriada para a investigação e a obtenção de dados que se pretende.

Do ponto de vista do trabalho em campo com história de vida há uma série de cuidados que o pesquisador precisa ter. Ao fazer as perguntas disparadoras relativas à história de vida, é necessário que a fala e a ação do entrevistador não conduzam as respostas. Outro passo igualmente importante são as sucessivas escutas do material gravado e leituras das transcrições, pois é daí que serão criadas as categorias de análise do estudo, recomenda Meihy (2000), bem como o uso de um caderno de campo, que auxiliará na elaboração do material a ser publicado.

Preparar e publicar os resultados obtidos, conforme Buffa e Nosella (2009) é um “ato complexo” que contém elementos científicos e literários e que exige criatividade, pois o relatório final é a síntese de todo trabalho realizado, com os dados obtidos, analisados, interpretados.

Esta pesquisa na área de Psicologia e Desenvolvimento Humano, para atingir seus objetivos, perpassa pela complexidade humana. A escolha do método de investigação deve contemplar essa complexidade para que se possa realizar uma análise mais detida e aprofundada.

Esta complexidade pode ser abrangida pela investigação social empírica, que, de acordo com Horkheimer e Adorno (1973a, p.120), tem como foco da pesquisa aspectos considerados subjetivos que mobilizam as pessoas: "se ocupa, de modo geral, de opiniões, motivações e comportamentos subjetivos", o que não a "impede se dedicar também aos fatos objetivos da sociedade". Não atende ao conceito de método quanto à concepção de verificabilidade, repetição, quantificação como se estabeleceu na organização da atividade científica, mas representa um avanço, pois permite maior liberdade especulativa diante da diversidade e da totalidade que compõem as relações sociais. O que não significa redução ou simplismo. De acordo com os autores (p.122), "diante da investigação social empírica, é tão necessário o conhecimento profundo de seus resultados quanto a reflexão crítica sobre os seus princípios". É preciso que a investigação esteja emancipada de preconceitos e pragmatismos relacionados ao método empregado (p. 124) "as concepções verdadeiramente produtivas nascem, em geral, do estudo profundo de casos particulares" em que a estatística, por exemplo, "serve mais para controlar do que para gerar tais concepções".

Cabe ressaltar a importância dada pelos autores ao estudo aprofundado de casos particulares dos quais surgem concepções de valor como um argumento, a mais, a favor do uso da história oral como método de pesquisa, que contempla a dimensão do sujeito de forma a permitir uma narrativa livre e fluída em que pudesse expressar o lhe fosse mais relevante. As entrevistas com os professores e com os alunos foram transcritas[25] e textualizadas[26] e se procurou preservar a oralidade das narrativas, retirando-se apenas o excesso de expressões coloquiais.

Foi explicado, a cada um, que a História Oral, significa em outras palavras, a narrativa de sua própria história. Ficaram gravados no início do áudio, nome e autorização para gravação e uso da entrevista na pesquisa.

Em todas as entrevistas, foi feita uma breve apresentação do currículo da pesquisadora como estudante de doutorado em Psicologia, na linha de Psicologia Escolar e do

---

[25] Transcrição, de acordo com Meihy (2000), deve ser fiel ao acontecido, mas em que "vícios de linguagem, erros de gramática, palavras repetidas devem ser corrigidas [...]", mas devem ser "[...] mantidas em dose suficiente para o leitor sentir o tipo de narrativa" (p. 90).

[26] Textualização, de acordo com Meihy (2000), é uma fase após a transcrição em que são suprimidas "eventuais perguntas que, fundidas nas respostas, superam sua importância" (p. 90).

Desenvolvimento Humano; tendo realizado pesquisa no mestrado com estudantes de medicina e de qual foi surgindo a questão da formação médica e da humanização na saúde.

Em cada entrevista realizada, havia a presença de apenas um entrevistado, em dia e local previamente agendados. Foi solicitado aos convidados que lessem e assinassem, caso concordassem, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) – conforme modelo fornecido pelo Comitê de Ética e aprovado pelo mesmo) e a Carta de Cessão (Anexo 2). A identidade dos participantes foi preservada e os nomes apresentados nos relatos são fictícios. A escolha dos nomes fictícios foi uma forma de exercício mnemônico para a pesquisadora, permitindo a associação com os respectivos participantes.

Houve uma breve conversa inicial, com o intuito de estabelecer uma relação entre pesquisadora e entrevistado. Os participantes foram convidados a falar livremente sobre a trajetória de vida, estudo e profissão. Tratando-se de médicos, ou futuros médicos, a pergunta disparadora foi: A escolha da medicina, por quê? Conte um pouco de sua história de vida, família, origem e o que o levou para a medicina. Foi orientado que contasse livremente, da maneira que fosse lembrando.

As narrativas analisadas, foram indicando núcleos temáticos, com estreita relação com os objetivos desta pesquisa. Com base nisso foram feitos recortes nas narrativas e destacados nos resultados, os quais foram fundamentados na literatura para discussão.

Tradicionalmente na metodologia de História Oral, são apresentadas as entrevistas na íntegra no corpo do estudo. Neste caso, em que foram criados núcleos temáticos e feitos recortes pertinentes à pesquisa, optou-se por apresentar os recortes, em vez das transcrições completas das narrativas dos convidados participantes. As mesmas encontram-se de posse da pesquisadora.

Ao anunciar o título da pesquisa, “Formação médica e humanização”, já se indicavam os grandes temas.

As entrevistas foram analisadas com base nos relatos dos convidados participantes, e os resultados foram organizados por núcleos temáticos, revelando as vivências dos participantes, que embora pertencendo a Instituições de Ensino Superior diferentes, tem percepções semelhantes.

### 3.4 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada de acordo com as normas que regem a ética em pesquisa com seres humanos, Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013d) que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar os direitos em respeito aos participantes da pesquisa, bem como a anuência de cada um ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), em que se encontram detalhados, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como a leitura e assinatura da Carta de Cessão (Anexo 2), utilizada com a metodologia de História Oral.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Psicologia, da Universidade de Paulo, tendo sio aprovada e registrada, sob o CAAE: 59126416.8.0000.5561 (Anexo 3).

Os nomes usados nesta pesquisa são fictícios, tanto para as instituições, quanto para os participantes. Os nomes verdadeiros foram alterados no sentido de lhes assegurar o sigilo de suas identidades e privacidade.

Os participantes tiveram assegurado o suporte psicológico e emocional, caso sentisse necessidade de apoio psicológico posterior, podendo entrar em contato com a pesquisadora para solicitá-lo, sem qualquer tipo e remuneração para tal.

Considerando a garantia de sigilo das suas identidades, todos os documentos preenchidos e assinados pelos entrevistados, bem como a gravação em áudio das entrevistas, e suas transcrições, ficarão sob guarda da pesquisadora, de acordo com as normas que regem a ética em pesquisa com seres humanos (Resolução 466/12), bem como em pesquisa que utiliza a metodologia de História Oral.

A seguir, a análise das entrevistas e discussão dos resultados.

# 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os convidados participantes da pesquisa foram solicitados a contar a sua história, seus motivos de escolha da Medicina e que trajetória percorreram. Alguns indicavam médicos na família, outros que seriam os primeiros a fazer esta escolha. Espontaneamente falavam de suas experiências tanto pessoais quanto de formação acadêmica, de suas expectativas e percepções da profissão. Professores e alunos contaram de suas vivências como tal e fizeram análises do contexto atual da prática e da formação médica.

A análise das narrativas permitiu a identificação de núcleos temáticos com estreita relação com os objetivos desta pesquisa. Estes foram fundamentados na exploração da literatura já apresentada e se configuraram como: escolha; formação; humanização e trabalho. Nestes temas estão imbricados: família, sujeito, identidade, personalidade, cultura e sociedade, cultura médica, Educação Médica.

Os participantes foram convidados a falar livremente sobre a trajetória de vida, estudo e profissão. Tratando-se de médicos, ou futuros médicos, a pergunta disparadora foi: "A escolha da Medicina, por quê? Conte um pouco de sua história de vida, família, origem e o que o levou para a Medicina".

A seguir são apresentados brevemente os convidados participantes e as condições em que foram realizadas as entrevistas, na sequência são apresentados os recortes das falas dos entrevistados de acordo com os temas indicados.

**Professor A**

A nasceu em 7 de janeiro de 1950, de Guaratinguetá-SP, é professor de Medicina em uma universidade pública do estado de São Paulo, há 26 anos, concordou prontamente em fazer a entrevista e me recebeu de forma cordial e alegre. A entrevista durou cerca de 1h40min, foi realizada em sua sala, na faculdade, sem interrupções.

**Professor B**

B nasceu em 27 de dezembro de 1958, de São Paulo-SP, é professor de Medicina em uma universidade pública do estado de São Paulo há aproximadamente 25 anos, concordou prontamente em fazer a entrevista e me recebeu de forma cordial e alegre. A entrevista durou cerca de 1h20min, foi realizada em uma sala de café reservada, com algum ruído externo, mas sem interrupções.

**Professor C**

C nasceu em 5 de junho de 1973, de Araraquara-SP, é professor de Medicina em uma universidade pública do estado de São Paulo há aproximadamente 14 anos, concordou prontamente em fazer a entrevista e me recebeu de forma cordial e gentil. A entrevista durou cerca de 30 minutos, foi realizada em sua sala, com algum ruído externo, mas sem interrupções.

**Professor D**

D nasceu em 31 de outubro de 1961, Santos-SP, é professor de Medicina em uma universidade pública do estado de São Paulo há 30 anos, concordou prontamente em fazer a entrevista e me recebeu de forma cordial e alegre. A entrevista durou cerca de 1h30min, foi realizada em uma sala de aula da faculdade, que estava desocupada, sem interrupções.

**Aluno G**

G nasceu em 9 de fevereiro de 1994, em Ribeirão Preto/SP, aluno de 6º. ano de Medicina [2017], em uma universidade pública do estado de São Paulo. Concordou em fazer a entrevista, me recebeu de forma cordial e manifestou interesse no tema e no resultado da pesquisa.

**Aluno H**

H nasceu em 27 de abril de 1991, em Santos/SP, aluno de 6º ano de Medicina [2017], em uma universidade pública do estado de São Paulo. Concordou em fazer a entrevista, que foi realizada em um local privativo e com ausência de ruídos.

**Aluno J**

J nasceu em 8 de agosto de 1995, em Santos-SP, aluno de 2º ano de Medicina [2017], em uma universidade pública do estado de São Paulo. Concordou em fazer a entrevista, que foi realizada em uma sala do Centro de Estudos da escola médica, mostrando interesse no tema.

**Aluno K**

K nasceu em 2 de janeiro de 1996, em Caçapava/SP, aluno de 2º ano de Medicina [2017], em uma universidade pública do estado de São Paulo. Concordou em fazer a entrevista, que foi realizada em uma sala da escola médica e se mostrou interessado no tema.

Cada convidado participante, ao contar a sua história e destacar os motivos que o levaram a escolher a Medicina, indica diferentes fatores que vão sendo comentados ao longo desta apresentação. A seguir apresentam-se recortes das narrativas, analisadas com base na literatura já apresentada. Foram destacados os aspectos em que se parecem ou distanciam. O uso de letras para identificar os participantes não faz referência a nenhum valor específico.

## 4.1 Escolha da Medicina

As escolhas podem refletir uma série de influências da cultura, da sociedade, da família, mesmo quando feitas por indivíduos livres, de uma sociedade ocidental que as permite, sejam as que vão definir um caminho de vida ou as pequenas escolhas do dia a dia de cada um. Entre elas, uma das mais importantes é a escolha da profissão, carreira, trabalho.

A escolha, em todos os seus aspectos, mais amplos, ou de pequenos detalhes da vida de cada um, sugere uma liberdade de quem escolhe. Enfim, o que ter ou não ter, fazer ou não. Adorno (2002) refere que a liberdade na escolha reflete a pressão econômica, a influência das ideologias que dominam uma sociedade, revelando-se "em todos os setores como liberdade do sempre igual" (p. 73), em uma alusão aos padrões que são calcados e introjetados em cada indivíduo, de forma sub-reptícia, para a reprodução do que o sistema capitalista coordena e administra para a sua própria manutenção.

Ao abordar a questão do tempo-não-livre e do tempo-livre, Adorno faz menção a sociedade, e o fascínio que esta, com seus papéis sociais, exerce sobre as pessoas. O autor retoma a questão da liberdade e, além de afirmar, o que de certa forma é sabido, que as pessoas não têm liberdade em seu trabalho, ele denuncia que "nem em sua consciência dispõem de si mesmas com real liberdade" (ADORNO, 2002, p. 103).

Aludindo à sociedade que por um lado apregoa a liberdade do sujeito, mas de outro, controla sua vida até em seus meios de divertimento, no que seria seu tempo livre, Adorno (2002, p. 104) pondera sobre a "não-liberdade, tão desconhecida da maioria das pessoas não-livres como a sua não-liberdade, em si mesma". Adorno faz alusão a uma liberdade ilusória, influenciada por vários fatores sobre os quais, em geral, o indivíduo não tem consciência e menos ainda controle.

O trabalho nos coloca em contato com o mundo e nos atribui uma identidade profissional, em uma sociedade capitalista em que o indivíduo é valorizado pela sua capacidade de produção, o que produz, como produz e em que posição social isso o coloca. Neste contexto,

a escolha pode estar relacionada com a forma como se quer ser visto pela sociedade, que identidade se quer assumir no mundo do trabalho, e qual a repercussão social que tem essa identidade quanto a valorização, respeito e autoridade. Além de aspectos no âmbito da singularidade do indivíduo, a escolha da profissão e carreira pode estar relacionada ao que ela representa no meio social ao qual a pessoa pertence, ou do qual quer fazer parte.

O fato de escolher uma profissão que exige um preparo longo e dispendioso, em muitos aspectos, inclusive o financeiro, faz desse grupo, que pode escolher a Medicina, um grupo considerado privilegiado socialmente, na cultura capitalista.

O curso de Medicina está entre os mais longos. Apenas a graduação tem a duração de seis anos, sem considerar os tempos de especialização, em geral na Residência, considerada a "especialização ouro" da Medicina e almejada por todos que terminam o curso médico.

Estes anos de especialização podem durar outro tanto e, são tão necessários diante das exigências atuais de mercado, que se tornaram uma continuidade natural da formação. Também é, fundamentalmente, um dos cursos mais caros, senão o mais caro, dados os custos que o envolvem, mesmo quando realizados em escolas públicas, em que não há pagamentos de mensalidades, ou com auxílios do Prouni ou pelo Fies.

Um fator importante na escolha de uma profissão é a projeção que o indivíduo faz de si mesmo, ao querer ser como alguém que conhece. Bohoslavsky (1998) indica que essa projeção de *quem* a pessoa quer ser, pode estar muito influenciada por modelos que marcam a experiência do jovem, pessoas a quem admira e idealiza.

> ***Professor A –*** *A minha família tem muitos médicos sabe? E inclusive professores. Eu tinha um tio [...] em São Paulo, [...] diretor da Faculdade de Medicina, era da Academia Brasileira de Medicina. E tinha também um tio no Rio de Janeiro que era professor na Faculdade de Medicina, onde me formei. [...] Tinha também um tio, todos irmãos do meu pai, que era professor e foi reitor. Meu pai também deu aula. Ele era médico veterinário. [...] E eu tinha então essa influência toda. Dos tios, do meu pai e tal! E eu fui fazer Medicina, um pouco por influência desses tios. E do meu pai também. [...] Então eu tenho assim, um certo gene da família. [...] me inclinei para Doenças Infecciosas, muito voltado para a realidade brasileira, [...]o mestrado na área de Medicina Preventiva. [...], meu pai era uma pessoa muito progressista. Tinha visões bem avançadas na época e me influenciou muito. [...] profissional na Rede de Saúde Pública, fiz o curso, o concurso [e trabalhei] como sanitarista.*

Quando o professor A comenta a influência familiar em sua escolha da Medicina, e cita os tios e o pai, o leva ao comentário "um certo gene da família", referindo-se a uma ideia de

vocação, ou tendência familiar, em que esta escolha é valorizada como "herança de família". Outro aspecto importante neste relato é a importância pública e acadêmica de alguns desses tios, pessoas com seu nome marcado na história da Medicina. Autoridade reconhecidas, respeitadas e admiradas.

> ***Aluno G –*** *Sou filho de pais médicos, isso é uma coisa comum na faculdade, mas eles sempre falaram para eu não fazer Medicina. Porque era uma profissão que exigia muito trabalho e na visão deles, não trazia um retorno financeiro adequado, com carga horária de trabalho, estresse e condições de trabalho, às vezes ruins. Mesmo assim eu fui crescendo e a Medicina me despertou muita curiosidade, inicialmente do ponto de vista de desafio intelectual de raciocínio clínico, fazer o diagnóstico me atraía muito! E era uma área que tinha uma interface humanitária muito grande. De já tentar ajudar as pessoas com isso. Eu também gosto muito de música, tinha dúvida se ia fazer Medicina ou música. Por mais que seja difícil o vestibular de Medicina, a escolha de fazer Medicina é socialmente muito fácil, você é reconhecido por essa escolha. [...] você nem entrou na faculdade e as pessoas falam: É tão bonita essa profissão! Parabéns! Talvez se fazer música fosse tão valorizado quanto médico, quem sabe eu não escolhesse música? Mesmo assim, sempre gostei de Medicina, [...] a grande maioria dos fatores que me levaram a escolher eram inconscientes na época da escolha. [...] me importava mais com a questão intelectual do que com a humana da profissão médica [...] Descobrir doenças! Salvar vidas, mas de um modo genérico, às vezes esquecendo da vida que é salva! Mesmo eu sendo filho de médicos, não tinha uma noção tão profunda disso! [...] Além dos meus pais, de mim e da minha irmã, não temos outros médicos na família. Mas existe uma associação de os filhos quererem seguir as carreiras dos pais, inclusive a mesma especialidade. Às vezes porque gosta, mas muitas vezes tem uma facilitação grande [...], já tem um caminho aberto pelos seus pais. [...] Quero fazer clínica também, mas não quero fazer as mesmas especialidades deles.*

Esta influência familiar também pode ser sentida nos depoimentos dos alunos, que mesmo declarando o seu gosto pela Medicina, talvez tivessem feito outro curso, pesando em sua decisão o fato de ser socialmente bem aceito e financeiramente compensador.

> ***Aluno K –*** *Era basicamente o que eles queriam. É engraçado porque o meu pai, ele fez faculdade em Mogi. Um pouco estar seguindo os passos do meu pai, mas também para ele entra como um up grade. O meu avô é pobre, meu pai melhorou, o filho vai ser melhor, [...] tipo consegui criar o meu filho para poder estar na faculdade pública, para ele tem um peso muito grande. Ele fez a Residência em um grande hospital pela faculdade pública em que estou, [...] ele valorizava muito. Mas eu não sei se estou no espaço seguindo os passos do meu pai, ou*

*fazendo o que ele gostaria que eu fizesse ou a minha família gostaria que eu fizesse. Eu não sei. É porque eu nunca enxerguei a Medicina como um fim. [...] O motivo, eu não sei... uma questão econômica também, acho que todo mundo leva em conta que ser médico tem estabilidade financeira, você vai ter emprego sempre.*

Retomando Horkheimer e Adorno (1973), o que a família espera de cada um, mesmo naquilo que não é dito, é um bom desenvolvimento social e profissional. A família, como minigrupo, é o local de refúgio, mas é também um espaço em que atuam as forças sociais, com normas e regras advindas do processo civilizatório. Aquele que representa uma autoridade, bem adaptada em seu meio social, a família ensina a amar, de modo que seus membros busquem atingir este objetivo esperado, que é ser um indivíduo bem-sucedido em suas tarefas sociais. Não necessariamente bem-sucedido financeiramente, como meta principal, mas reconhecido socialmente como alguém relevante. Mesmo que esta autoridade reconhecida exista ou não na família como modelo, ela pode estar no ideário do grupo familiar, como alguém conhecido, que é respeitado e admirado, do ponto de vista intelectual, com prestígio social, e a visão de uma profissão humanista.

***Professor B –*** *Desde criança eu sempre pensei em ser médico. Meu pai é médico, era, faleceu. [...]. Ele estudou [...] e dava aula à noite, tinha muitas dificuldades [...] vida nunca tranquila. Ele era clínico, pneumologista, fisiologista, lidava com a tuberculose na fase inicial na clínica e depois pneumologista. Era médico geral, não tinha SUS, não tinha INPS, não tinha nada e ele era médico de consultório, um clínico, ele tinha[...] vinte mil fichas de pacientes particulares, não vinte mil consultas [...]. Era uma outra característica, alguém que eu lembro muito sofrido de à noite ir atender chamados em casa, de viver no telefone, [...] A gente ía às vezes para ficar com o meu pai, e ficávamos no carro. Hoje em dia, imagina! Ficávamos no carro lá esperando, eu, a minha mãe, meu irmão, ficávamos esperando ele atender, para ter um pouco de contato com o pai, porque à noite ia ver [paciente]. Eu não fui enganado, mas certamente tem uma influência. Aí entrei, coincidência, na mesma faculdade que ele estudou. Ele achou o máximo, queria tanto! Eu faço o que eu gosto e não me arrependo. [...] para um aluno mais novo, eu sempre falo a mesma coisa: Faça o que você gosta e não vai trabalhar nem um dia.*

Nestes relatos, dos professores A e B, se evidencia a influência familiar, na presença de pessoas próximas e respeitadas, que podem ser percebidas como modelo com o qual quer se parecer. Retomando Bohoslavsky (1998), a projeção de *quem* a pessoa quer ser, pode estar

muito influenciada por aqueles que marcam a experiência do jovem, pessoas a quem admira e idealiza.

> ***Professor D –*** *Entrei na Faculdade em 1979, muito jovem, entrei com dezesseis para dezessete anos. O que eu devo dizer em primeiro lugar é que assim, não há nenhum médico na minha família. Na verdade, na minha família tem poucas pessoas com curso superior. Na geração do meu pai, ele foi praticamente o único que fez faculdade. [...] Eu acho que a família é uma influência importante, embora como eu disse, é uma família que não tem nenhum médico. [...] nenhum parente próximo fez Medicina. É eu acho que é [...] uma certa valorização familiar da beleza da profissão, de uma profissão vista como humanista, [...]. Talvez também tenha pesado o fato de que era uma formação com prestígio social e eu fui um adolescente que tinha um desempenho escolar bom. Uma valorização grande em casa e ao redor do conhecimento, do conhecimento científico, [...]. Valores que eu acho que não pesaram muito é de ser [...] uma carreira que pudesse me auferir recursos financeiros importantes, porque eu sei que é uma motivação hoje bastante importante.*

A influência da família é presente nas escolhas, seja por modelos admirados a serem seguidos, dentro da própria família, seja por modelos conhecidos e admirados por seus familiares, ou por influência de mídias, valores e crenças do que é importante socialmente. O médico, como *status* e autoridade, distingue-se notadamente em meio às demais profissões. Associe-se a isso a ideia da beleza da profissão, vista como humanista, que ajuda as pessoas. Ainda em uma referência a idealização do médico que se criou historicamente com a imagem do "médico de família", autoridade amada (COSTA, 2004) aquele em quem se podia confiar a saúde, que cura as doenças e ouve os segredos, que substituiu o sacerdote, o filho-padre, o confessor da família, "figura carinhosa e firme, doce e tirânica, o médico da família" (p. 77).

> ***Professor D –*** *Eu posso dizer que da minha parte, [...] pela valorização familiar da profissão que era vista como uma profissão bonita, que ajudava as pessoas. [...]. Uma lembrança da infância, da minha mãe mencionar a paixão que ela tinha pelo personagem dr. Kildare, [...], cara que era tido como humanista que ajudava as pessoas, etc.*

O professor C narra que, em sua família, assim como na família do professor D, não há nenhum médico, mesmo assim sua escolha se dá ainda muito criança, tinha cinco anos e já sabia que queria ser médico. Embora não consiga identificar as razões, enfatiza que sempre quis ser médico, não de consultório, mas atuante na área da Saúde.

***Professor C –*** *Desde que eu lembro por gente queria fazer Medicina. Desde os cinco anos de idade, eu já falava que ia fazer Medicina, por razões que eu não sei, porque na minha família ninguém é médico. Era uma vontade que eu tinha desde pequeno e sempre falei isso, sempre via Medicina como algo voltado à saúde, nunca me vi como médico de consultório, eu queria realmente fazer Medicina e não ser um médico de consultório. Sempre tive essa certeza e na hora do vestibular [...] prestei Medicina, fiquei por pouco em Botucatu, cheguei a fazer matrícula, mas não chamou, foi até um antes de mim [...]. Eu fiz mais um ano de cursinho e voltei para Medicina, entrei em 1994 [...]. Outro tema que permeou a minha carreira, que permeia, é a Promoção da Saúde é e por isso que eu optei em fazer Medicina de Família, bem voltada ao que o Médico de Família faz: Clínica Geral, Familiar e Comunitária. Então, eu fui para essa área. Eu me lembro que era numa época que ninguém falava disso. [...] Eu parei um ano da faculdade. Eu fiz um ano sabático, fiquei estudando fazendo iniciação científica, fiz algumas viagens também, morei na Europa cinco meses, me formei em 2000. Fiz Residência de Medicina de Família, [...], e já emendei doutorado na sequência. [...]. E com quatro anos de formado, eu era médico de família e doutor. Foi rápido! [...]*

Gostar do que escolheu, gostar de estudar e mesmo sentir facilidade ao fazê-lo, por uma questão de aptidão ou aderência ao conteúdo da área de estudo, ou por vaidade intelectual e valorização do conhecimento, foram indicados como motivos, ou mesmo facilitadores da escolha da carreira.

***Professor D –*** *Eu entrei muito jovem numa faculdade, que era a mais disputada, tudo isso. [...] Ponto de vista mais da vaidade, talvez pesasse o fato de ser uma carreira vista como científica, exigente intelectualmente, que eu acho que esse é um valor que eu carrego.*

***Professor C –*** *Na formação como um todo, não lembro de sofrimentos. Logicamente o médico, o estudante em Medicina, ele tem que estudar bastante, só a carga horária de aula já é grande, então integral, mas eu como eu sempre gostei, para mim era uma diversão praticamente, eu gostava dos temas. Logicamente tinha que estudar à noite, no final-de-semana, mas eu consegui mesclar bem com qualidade de vida. Sempre pratiquei esportes. Na faculdade, fui da associação atlética e, para mim, o período de faculdade, Residência e doutorado foi bem tranquilo. Logicamente suei bastante, mas não foi um sofrimento. Tinha bastante amigos, namorada, namoradas, mas foi tranquilo.*

A opção de escolha pode estar vinculada a questões de valorização da área como uma possibilidade de lidar com pessoas, ter aptidão intelectual, mesmo sem identificar necessariamente uma "vocação".

> ***Aluno H –*** *A minha família, meus avós, vieram para trabalhar como metalúrgicos numa siderúrgica da baixada santista e esse é o lado da família do meu pai. E a minha mãe é filha de um português que veio também numa situação meio de pobreza, se mudou para o Brasil. E a gente nunca teve uma condição muito boa assim. A minha mãe foi funcionária pública e a gente acabou tendo uma condição financeira melhor. Eles sempre prezaram pela nossa educação, minha e da minha irmã, e apesar disso nunca houve muita cobrança e eu nunca quis Medicina. Nunca gostei dos médicos. Sempre fui muito dedicado nos estudos, [...] me senti bem livre para escolher minha profissão. E eu escolhi Engenharia e fui fazer Engenharia num colégio militar no Rio de Janeiro. Fiquei um ano lá, vi que não queria e voltei para casa. Fiz mais um ano de cursinho, passei e entrei aqui com dezenove anos. Eu mudei de ideia assim: o que passou pela minha cabeça na hora da escolha do curso foi que eu queria uma vida confortável, e vi que, com o nível de estudo que eu já tinha, era capaz de passar em Medicina. Então, eu fui em busca de conforto, eu não identificava uma vocação particular de Medicina em mim, eu não queria trabalho de escritório, não queria trabalhar com burocracia ou com dinheiro, queria trabalhar com pessoas e isso era um outro aspecto que me fez fazer Medicina também.*

O prestígio social tem sido indicado como um dos fatores que motivaram a escolha, outro seria a possibilidade de ter uma garantia de ter emprego, de ter conforto. Em outro depoimento, encontra-se semelhança de que não havia uma certeza de a Medicina ser a sua vocação, mas sim uma profissão que permitiria contato com pessoas e não ficar preso dentro de escritório, além do prestígio social.

> ***Aluno J –*** *[...] comecei a pensar mesmo no curso foi no 2º ano do Ensino Médio. Foi critério de exclusão. [...] minha dúvida, faço um curso mais de humanas que eu acho que eu gosto, ou faço uma matéria mais biológica. [...]acabou sendo em Medicina, mais no sentido de prestígio. [...] eu fiz vários testes vocacionais, [...] queria uma profissão que não fique preso num escritório [...] isso pareceu que tinha possibilidades, sei lá, atuar, montar consultório, ser professor, poderia ser do exército, resgate. [...] sentir que faço diferença no mundo, tem várias formas, mas eu acho que Medicina seria um jeito de sentir a gratificação, evidente, a pessoa fala obrigada depois, [...] necessidade de gratificação profissional, sentir que você fez diferença [...]. No começo da faculdade sempre tem gente perguntando nas atividades de integração porque escolheu e aí as pessoas falam que teve uma doença [...] Eu não tenho nada interessante*

*para falar. [...] Dois anos de cursinho. [...] eu acho que até fui bem para Medicina e estou satisfeito. Eu sempre fico com medo, mas está sendo uma experiência agradável. [...] não tinha a visão do médico como herói e aqui sinto que estou mais crítico, agora eu vejo mais os defeitos. Não tem médico na família. O meu pai é engenheiro mecânico. Minha mãe não fez faculdade, ela era comerciante, ela tinha uma loja e trabalhava dentro de casa, meus avós paternos eram costureira e caminhoneiro, meus avós maternos eram feirantes.*

Bendassolli (2007) aborda o enfraquecimento do trabalho como instituição, no entanto, por mais enfraquecido que possa estar na contemporaneidade, "*ainda* é uma das principais vias de acesso à renda e de organização de rotinas sociais e individuais" (p. 24). O reconhecimento social, o valor do indivíduo, vem pelo reconhecimento de sua posse sobre bens e, mais ainda, pelo reconhecimento do que ele faz, de qual é o seu capital pessoal, social e humano. O valor moral é associado a valor econômico, e o trabalho passa a ter essa centralidade em relação ao sujeito. Dedicar-se a uma formação que lhes garanta um trabalho que ofereça este reconhecimento social.

Fazer uma faculdade que exigia do ponto vista intelectual e científico, é um aspecto bastante valorizado e que distingue socialmente, mas não motivo suficiente para ser uma escolha em que não pairassem dúvidas. O professor D interrompe os estudos ao 3º ano, na dúvida se queria ou poderia ser médico, mas bastante impactado com a realidade da saúde brasileira, do ponto vista social, político e humanitário. Sua experiência o reconduz a Medicina e lhe permite a construção de um saber mais humanizado.

***Professor D –****. Quando eu tranco a faculdade, foi um pouco por uma crise da entrada no hospital do 3º ano. Eu achei que aquilo não correspondia, talvez, a esses ideais românticos que eu trazia da Medicina, estava muito distante. [...] no terceiro ano tranco a faculdade por um ano [...]eu volto um ano depois. Fui para França procurando fazer cinema e me envolvi com o cinema etnográfico, com cinema documental. E que me devolve para área da Saúde ou da Medicina com esse intuito de usar o cinema e o cinema etnográfico na pesquisa. Claro que os três primeiros anos da faculdade já tinham provocado muitas inquietações em mim, em relação ao mundo da Saúde, acho que a influência da redemocratização do país, já estava se discutindo questões que acabaram me tomando a vida inteira, como a construção de uma política pública de Saúde Universal. [...]. Eu fui fazendo uma trajetória como cidadão, na direção de valores democráticos, socialistas e que foram canalizados fortemente para a ideia de uma militância por um outro sistema de saúde no Brasil. Eu quando venho fazer Residência em Medicina Preventiva, é o ano em que se dá a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que vai propor o SUS.*

Destaca-se a questão da autoridade, como já comentado, que pode ser uma autoridade amada, reconhecida, respeitada, admirada, digna de valorização pela sociedade, como uma das influências muito significativas na escolha da Medicina como carreira e profissão.

> ***Professor B –*** *O médico é vaidoso. Uma vaidade às vezes pode ser ruim, às vezes pode ser boa. Eu tenho alguém no corpo médico que é vaidoso, o professor tem soberba, então você junta professor de Medicina, vaidade e a soberba junto, alguns dos pecados capitais, alguém vaidoso com soberba, se bobear ele se perde, quer dizer muito crítico, não é? Mas ele gosta de ser valorizado, eu acho que ele às vezes ele gosta mais do que de dinheiro.*

Quem busca a formação em Medicina, os que pretendem ingressar neste grupo considerado seleto pela sociedade, guiado por diversas motivações, de certo modo estaria buscando também o reconhecimento de sua autoridade como detentor de poder e saber sobre a saúde e a doença, sobre vida e morte. Existe a idealização da Medicina como uma profissão que ajuda o outro. O fator econômico também pode ser considerado

> ***Aluno K –*** *Eu decidi que queria Medicina no finalzinho do 3º ano do Ensino Médio, na inscrição para o vestibular. Eu não sabia o que queria, sempre falando para a família, depois eu decidi pela Medicina. O meu pai é pediatra, não sei até onde pode ter influenciado, mas com certeza me influenciou. Se eu não quisesse fazer, acho que também teria influência dele, [...] Tem muita gente que vem pela vontade de ajudar o outro, eu também tenho essa vontade, mas tem outras formas, o professor pode ajudar o outro, todo mundo que trabalha ajuda o outro. [...] Eu tinha aversão de Medicina porque eu tinha medo de sangue. Eu era internado para colocar soro na veia e ficava passando mal, falava Medicina não pode ser porque eu não tenho condições de fazer. Eu ficava bastante com virose, era criança, tinha dez anos, passava mal, só soro que dava um jeito! Uma vez tive que tomar onze frascos de soro. [...] Só com soro na veia, e eu não gostava, mas ninguém gosta. [...]O motivo, eu não sei... uma questão econômica também, acho que todo mundo leva em conta que ser médico tem estabilidade financeira, você vai ter emprego sempre. Também conta, mas não sei se foi isso. Muito tempo eu pensei em fazer História. Talvez nessa comparação posso ter tido uma influência, esse fator econômico.*

## 4.2 Formação

A formação dos indivíduos é um conceito amplo que abarca a prática e a práxis educativas, compreendendo os valores culturais, sociais, econômicos, com suas influências e implicações, sobre o indivíduo. Lembrando Paulo Freire (1996), a educação, no processo de ensino e aprendizagem, exige respeito pela autonomia do educando, seja criança, jovem ou adulto. A autonomia do educando só é possível em um processo em que o docente tem a clareza de que, nesta relação, não há superioridade e inferioridade, mas, sim, papéis diferentes, e que o ensinar também implica em aprender e quem aprende também ensina.

Perim et al. (2009), membros da Caem/Abem[27], referem que as DCN indicam uma nova direção para a formação do médico, prevendo, entre outras questões: a integração de conteúdos; o desenvolvimento de competências e habilidades; e a utilização de metodologias ativas de ensino. Mas os dados do estudo de Garcia e Silva (2011) demonstram uma desarticulação entre o que projeto pedagógico prevê, o conhecimento do professor e seu exercício docente, dificultando ainda mais o que é indicado nas DCN. Ainda permanecem a cultura médica, em que as relações entre professores e alunos estão baseadas em poder e autoridade. Um dos quesitos que mais indicam defasagem, está no que se refere a formação docente e o perfil dos professores médicos, que precisam mudar.

Um depoimento de aluno refere-se a esta cultura, que a seu ver não mudou, que impede outros professores de praticar a educação em Medicina de maneira mais atualizada.

> ***Aluno H*** *– Impede a tentativa de alguns professores de fazer uma Medicina baseada em evidência. O que a gente tem é uma Medicina de sacerdócio, passada de geração em geração, conhecimento e a forma de atuar também. É uma prática que está tingida com uma ideologia de classe muito forte, não é exemplo em momento nenhum! [...] A gente passa a observar esse currículo [oculto] sendo aplicado, essa hierarquia desde o primeiro dia. Foi isso que se tentou combater aqui e agora, pelo menos, isso não acontece abertamente, não tem mais como defender isso para a sociedade. [...]*

Os professores precisam passar por uma reeducação docente para poderem acompanhar o que é exigido nos novos programas de Educação Médica, inclusive na preparação para o uso de metodologias que estimulem o aprendizado de forma ativa e humanizadora, diferentemente do ensino tradicional, comentam Batista, Quintella e Batista (2015).

---

[27] Caem/Abem - Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica.

A educação não deve ser nem modelagem, tampouco mera transmissão de conhecimentos, mas algo vivo e que permita "a produção de uma consciência verdadeira" afirma Adorno (1995a, p. 141). Esta consciência é constituinte de um sujeito, que imerso na sociedade, possa adaptar-se, mas sem prescindir de sua capacidade de resistência. O autor se refere a importância de "fortalecer a resistência" (p. 144), como condição necessária a emancipação com atitudes conscientes. A consciência desenvolvida permite a crítica e o desenvolvimento de um conhecimento, em vez de mera reprodução do que está posto.

A educação deve ter um objetivo de possibilitar a consciência de realidade na formação do indivíduo. Pode ser observada nas DCN do curso de Medicina essa indicação de formar o indivíduo para a realidade do contexto político e social em que irá atuar como médico.

Na experiência como profissionais, pessoas e docentes dos professores entrevistados podem-se perceber as mudanças que relatam antes e depois da criação do SUS e as influências em seu trabalho e formação, bem como demais buscas em sua trajetória acadêmica que vão permear a formação.

> ***Professor D –*** *[...] Fui cada vez mais me aproximando da Saúde Pública e faço essa opção de fazer Medicina Preventiva e ser sanitarista, porque já estava engajado também com movimentos sociais de luta pela saúde. Depois do meu mestrado, eu faço a Residência e sou contratado pelo Departamento para atuar como médico no Centro de Saúde, onde eu passei mais de vinte anos atuando como médico em Atenção Primária, e depois do mestrado, eu fui fazer uma especialização em Comunicação e, sobretudo lá em meados dos anos 1990 para cá, nos últimos vinte anos, eu tenho a minha grande linha de investigação que é a Comunicação e Educação em Saúde.*

Esta busca por algo diferente da Medicina, mas que reconduz a ela pela via da saúde, buscando condições melhores de promoção de saúde, vai se tornando mais clara à medida que o professor D aprofunda o relato de sua trajetória de formação imbricada com o momento social e político pelo qual passa o país. Sente-se mobilizado na direção daquilo que acredita ser seu objetivo. Sua trajetória acadêmica, o incita a uma reflexão política e social graças, em parte, ao ambiente que lhe dá suporte às próprias inquietações.

O professor A comenta que seu pai era muito progressista e que, em sua formação acadêmica, sua busca se volta para as questões brasileiras de saúde.

> ***Professor A –*** *[...]. E eu me envolvi com essa questão das doenças brasileiras [...] realidade nossa, e fui fazer então, Residência em Doenças Infecciosas. Fiz dois anos de Residência e*

*entrei já como profissional na Secretaria da Saúde do Estado. Eu trabalhei um período no Instituto Pasteur e depois eu entrei para trabalhar na Rede de Saúde Pública, eu fiz o curso de Saúde Pública, fiz concurso como sanitarista. Trabalhei na região do ABC e fiquei na Secretaria de Saúde até 1996.*

O professor D relata uma busca de entendimento e conhecimento da saúde, dentro da realidade da saúde brasileira e como isso influenciou a sua formação.

***Professor D –*** *Eu começo um pouco a perceber o mundo ao meu redor, um país em que havia um regime militar, que é um regime de exceção, antidemocrata e todas aquelas coisas que são descobertas para mim por volta de quatorze, quinze anos no 2º e 3º colegial. E só que ao mesmo tempo, eu entro na faculdade com esse engajamento, vou me lançando nesse mundo. [...]*

Ao interromper sua faculdade por um ano, na incerteza de sua escolha, e empreender sua viagem, o professor D vai descobrir pensadores que lhe provocam ainda mais a reflexão, o que veio ao encontro de suas inquietações e buscas voltadas para uma formação mais crítica e humanista. O despertar para a profissão médica, como profissão do encontro, vai acontecendo ao longo de sua experiência e vão se aprofundando seus estudos e práticas em direção a uma saúde humanizada.

***Professor D –*** *Faço vinte anos de uma carreira como médico clinicando em Atenção Primária que é um sanitarista atípico, porque eu nunca parei de clinicar. Nesse campo justamente da Clínica, do Centro de Saúde, da Atenção Primária é que começa também a se forjarem os meus interesses de investigação, minhas inquietações e que tinham em grande parte a ver com a questão da comunicação, de perceber que a profissão médica é uma profissão se dá no encontro com o outro, na conversa, que a conversa é o nosso instrumento de trabalho e que a gente reflete muito pouco sobre isso eu comecei a me interessar por esse assunto, e cada vez mais aprofundar.*

A relação médico-paciente, relação entre profissionais de saúde, o acolhimento, a comunicação e o percurso da humanização, o SUS, Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária. Na sua produção científica, seus artigos contribuem nesta direção. Sua trajetória como pesquisador é marcada pela participação no HumanizaSUS.

***Professor D –*** *Progressivamente foi entrando em foco, foi a relação médico-paciente. No final dos anos 1990 quando já tinha Estratégia de Saúde da Família, a Atenção Primária já tinha um outro lugar no país e no próprio SUS, eu acabo sendo um autor que vai contribuir muito na discussão do chamado acolhimento, o que é o acolhimento, qual é o papel do acolhimento no desempenho do Sistema e isso me coloca nesse lugar entre a comunicação, questões de relação, relação entre profissionais, profissionais usuários, etc. E a partir de 2003, muito fortemente eu me relaciono com a humanização, com o tema da humanização porque formalmente eu fui convidado a contribuir com a construção da Política Nacional de Humanização que começa em 2003. [...] Dois, três anos depois quando eu termino o doutorado em 2003, que foi um estudo bem filosófico o meu doutorado, [...] E com o Espinosa, [...] um salto total no entendimento do que é o encontro[...] começo a levar a questão da comunicação para um domínio que não separa o cognitivo do afetivo, que integra essas duas [...]*

A comunicação, o encontro, o não separar o cognitivo do afetivo vão se delineando como fundamentos da relação humanizada, seja na saúde como em todos os setores da vida das pessoas. Contudo na sociedade, é um desafio que os indivíduos se desenvolvam e se constituam em sujeitos críticos e reflexivos. A forma de pensar que a sociedade premia está aprisionada em conceitos que se fecham sobre si mesmos, e se perpetuam no sentido de colaborar com a manutenção do *status quo*, em que eficácia e eficiência são os únicos parâmetros e o objetivo é a atividade produtiva.

A expansão da consciência só é possível quando há espaço para um pensamento dialético, que não exclua, dos acontecimentos materiais, o indivíduo com sua subjetividade e possibilidade de comunicação. Adorno (1995b) comenta que o que está sendo perdido é a força da consciência e da racionalidade como características do sujeito.

Ter esta clareza em relação à formação de futuros médicos permite que a autoridade do médico, como o detentor do saber, ceda lugar para ouvir o que a pessoa que lhe procura tem para falar a respeito de si mesmo e sua doença, permitindo o seu protagonismo. O método clínico centrado na pessoa implica em uma renúncia narcísica de ser o centro do saber e do poder, conforme já mencionado por Stewart et al. (2017).

Ao iniciarem sua formação em Medicina, há expectativas nos estudantes que vão se alterando ao longo do curso. Na visão deles o que mudou e o que eles podem comentar sobre suas impressões.

### 4.2.1 Formação: o que mudou durante o curso

***Aluno G –*** *E ao longo da faculdade, a gente vai vendo que é muito mais do que fazer diagnóstico! [...] O médico já tem um impacto grande de acolher a pessoa, de orientar quanto as suas preocupações, não é uma questão tão biológica como pensava antes. [...] ao longo da faculdade fui vendo que aquelas motivações iniciais precisavam de amadurecimento, às vezes não existe um diagnóstico de um adoecimento orgânico claro, mas não é por isso que o médico não tenha alguma efetividade. [...] acolher, às vezes é mais do que um remédio que você passa.. [...] Mudou alguma coisa, mas o núcleo não. Eu já entrei na faculdade pensando muito em alguma especialidade clínica, mais generalista, [...]. Também entrei querendo fazer carreira acadêmica, dar aula no futuro, fazer pesquisa. Isso na verdade só aumentou ao longo da faculdade. Mas mudou muita coisa em outros aspectos. Eu achava que Medicina era muito mais resolutiva do que ela é, que a terapia biologicamente falando era eficaz por si só na grande maioria das vezes. Hoje eu vi que se vive num contexto de doenças crônicas, não tanto mais de doenças infecciosas, tem uma transição epidemiológica. Essas doenças crônicas, muitas vezes, não são passíveis de cura. Podem ser, mas é uma coisa complicada porque depende da situação de saneamento, de acessibilidade, de transporte, educação, que são os determinantes de saúde.[...] Está muito além do médico, a questão de saúde e doença. Isso mudou, quando eu entrei na faculdade eu achava que o médico era muito mais poderoso do que ele realmente é, do ponto de vista de resolutividade.*

A visão do aluno G é de alguém que está prestes a se formar, enquanto o aluno K está chegando ao 3º ano e as suas impressões ainda estão em uma transição de aulas teóricas para aulas práticas, em que refere um gosto pela Biologia e pela História.

***Aluno K –*** *[...] primeiro uma aula de respeito ao cadáver. Já é preparado psicologicamente, ficam vários corpos todos descobertos, mas não é chocante. E você começa a estudar pelos ossos. [...] Não é um defunto, você não fica horrorizado, e eu acho que é uma transição legal e era basicamente o que eu estava esperando. Depois muda, depois que passa disso, vai estudar Bioquímica, Biofísica, a gente está com vontade de estudar outras coisas e não pode. [...] A expectativa que você tinha é desfeita. Eu tenho percepção dos meus colegas [...]. Tem gente que não vai mais na aula, tem gente que vai, mas não está mais ligando, mas a pessoa continua e depois a maioria retoma. [...] Eu entrei com vontade de fazer Cardiologia clínica, não cirurgia, eu gosto desse contato mais próximo com paciente, de fazer anamnese, de conversar. [...], mas hoje tenho vontade de fazer Pediatria, igual ao meu pai. [...] Estou indo para o 3º ano. Eu gosto da parte do ser humano da Biologia. [...] Eu gosto de História, eu dou aula de História no cursinho pré-vestibular [...].*

O aluno H está se aproximando do final do curso, e não consegue ter uma perspectiva de continuidade muito clara. Sua trajetória foi marcada por sucessos e por frustrações, sua motivação ao escolher Medicina era voltada à possibilidade de um futuro melhor, e neste momento não demonstra satisfação ou interesse em fazer a escolha da Residência ou de outra especialização. Sua postura é crítica.

> ***Aluno H –*** *[...] Eu gostaria de operar [...] gostaria de ser um generalista. Gostaria de atuar com saúde da mulher, mas dificilmente eu vou ter estômago para suportar três anos de Residência vendo violência obstétrica. [...] eu não vejo muita vantagem para mim assim em termos profissionais de cursar uma Residência dessa por dois anos. Na verdade, é a sensação que eu tenho de estar numa faculdade de Medicina que não sei se eu não tenho a mínima vocação [...]. Obter esse diploma vai ser uma libertação para mim! Uma pessoa de classe média baixa, que basicamente precisa de um diploma de ensino superior para ter um certo conforto na vida, eu vejo como uma libertação, porque eu me vejo preso aqui dentro. [...]. Então a forma mais rápida de eu me livrar desse processo de adestramento que é o ensino superior, eu preciso terminar.*

O aluno J está no início do 3º ano, mais seguro de si neste momento, contou que tinha medo no início do curso.

> ***Aluno J –*** *Felizmente eu me sinto mais certo de que é o curso, que foi uma escolha boa. No 1º ano eu estava assustado se ia ser a escolha certa principalmente porque eu sou bastante nervoso com atividades práticas. O pessoal, a maior parte da Medicina quer mexer em paciente na Escola. Eu estava nervoso, na maioria da parte prática, nervoso. [...] Sou uma pessoa talvez com mais informação, uma visão mais ampla do mundo, [...] talvez um pouco mais crítico da Medicina até.*

De modo geral, percebe-se nos depoimentos dos alunos que houve um contato com a realidade que fez com que mudassem sua perspectiva em relação ao curso, o que é esperado. Alguns comentaram que as disciplinas que orientam para um conhecimento e prática do atendimento na Rede do SUS são importantes e interessantes, mas que nem todos concordam, sendo uma maioria que não concorda. Os professores também relatam algo semelhante.

As DCN têm provocado nos cursos de Medicina debates intensos sobre as necessidades de modificação curricular, visando ao seu cumprimento e a transformação do processo de

formação dos profissionais médicos. Um dos aspectos é a promoção e prevenção na área da saúde e a formação de médicos generalistas para atenderem a este requisito.

O professor A tem mais de 25 anos de experiência como docente e, na sua área, relata dificuldades para abrir espaço dentro do meio acadêmico, inclusive em termos de grade curricular, para obter carga horária para uma disciplina voltada para Medicina, Saúde e Trabalho, tema de conteúdo da formação médica.

> ***Professor A –*** *Existia uma demanda do Departamento de trazer essa discussão de trabalho e saúde para dentro da faculdade e tal. Não foi fácil! É uma dificuldade! Que é um tema da formação médica e dos profissionais de saúde em geral, mas essa discussão de trabalho e saúde é meio "escanteada". Não é um conteúdo considerado de grande importância, a questão de trabalho e saúde envolve muitos conflitos e interesses dos empresários, e dos trabalhadores. É uma área politicamente conflituosa! [...] Disciplina de Medicina, Saúde e Trabalho, ficou utilizando a carga horária de outras disciplinas. [...]. Nunca conseguimos uma carga horária própria. Hoje em dia, a discussão se dá numa disciplina do 3º ano [...]. Eles visitam alguns setores da faculdade, [...] e fazem um relatório das questões de saúde e risco que eles observam. [...] depois a gente faz uma discussão sobre o relatório que eles apresentam. É uma maneira de sensibilizar um pouco para essa discussão do trabalho e ver que na própria Universidade tem um mundo do trabalho que é praticamente invisível para eles.*

Garcia e Silva (2011) abordam em seu estudo, que de acordo com as DCN, o ensino deve estimular a reorientação curricular, promovendo o ensino "no e para" o SUS. Uma das queixas dos professores é a de que eles não têm acesso ao projeto pedagógico e não conseguem participação no planejamento de suas disciplinas.

A educação dos futuros médicos precisa estar preparada para os desafios da sociedade moderna, com visão ampliada dos "problemas sociais do País, contemplando adequadamente a atenção básica e valorizando a formação voltada para o SUS como importante alternativa de trabalho do profissional da Medicina" (MEC/CNE, 2014, p. 3).

Em algumas escolas médicas, apesar dos esforços dos docentes, eles relatam dificuldade para sensibilizar os alunos para as áreas de Medicina Preventiva, Saúde Coletiva, Saúde da Família e o SUS. Na atualidade, um mercado de trabalho que se abre de início para a grande maioria dos recém-formados é o SUS, mas ainda há muitas resistências e falta de interesse.

> ***Professor A –*** *A discussão da saúde coletiva, é uma discussão contra hegemônica. A gente tenta sensibilizar [...]. Como profissionais, vão seguramente trabalhar em algum período no SUS. É*

*bom conhecerem o SUS. Eles visitam as Unidades de Saúde, visitam os serviços especializados, visitam Hospitais da Rede do SUS e tal. Mas [...] já vem com uma certa carga de que: Isso aí não é Medicina. Isso aí é coisa de Sociólogo, é coisa de profissional que não é médico. [...]. Quando fizeram apresentação de Seminários, teve um ano que eles apresentaram o power point e tinha SACO!. Saúde Coletiva para eles tem a sigla de SACO. [...] A gente sabe que, eles vão provavelmente atuar no SUS, em algum momento, [...] ou a convênios que são contratados pelos SUS. A gente procura mostrar bem ou mal que o SUS é um grande mercado.*

O depoimento de um aluno a respeito da disciplina de Saúde Coletiva, é bastante positivo sobre a importância de conhecer as diferentes realidades brasileiras.

***Aluno K –*** *A [disciplina] Saúde Coletiva influencia na relação que você vai ter com o paciente, com os seus colegas de trabalho, tanto médicos, quanto enfermeiros, os que não sejam profissionais de saúde e você se entender nesse sistema todo de saúde. Eu acho que é a questão de você saber como o sistema de saúde está configurado. Entender como que se constituiu historicamente e socialmente o sistema, o SUS, saúde no Brasil, o acesso à saúde. Como é a saúde desses diversos grupos: população negra, mulheres, LGBT. Para a gente entender que talvez não seja tão simples quanto a gente pensava, quando a gente ia no médico particular com convênio [...] As Diretrizes falam, tem que ser humano, fala de Educação e Saúde. E como você vai ter tudo isso aprendendo Cardiologia? Não, isso tem, isso aí é o contexto de Saúde Coletiva e essas outras matérias. [...] A maioria dos meus colegas não gosta de Saúde Coletiva detestam, tipo eu adoro, eu já deixo sempre bem claro [...], eu sou exceção, não represento os meus colegas, eu gosto muito, a maioria odeia! Embora alguns achem que é importante.*

Na experiência do professor D, ele relata que, no início de sua carreira docente, ministrava uma disciplina de Medicina Preventiva, sente que houve mudanças neste período, mesmo assim, ainda são poucos os que se interessam:

***Professor D –*** *Não é que não gostavam da Preventiva, eram hostis [os alunos] a Preventiva, você dá aula para qualquer turma depois disso. [...] Eu estou dizendo isso porque trinta anos depois, eu devo dizer que acho que isso mudou muito e mudou positivamente. Eu acho que a Medicina Preventiva conquistou um outro lugar e mesmo junto aos estudantes. Ainda que para boa parte deles, talvez a maioria numericamente, continue achando uma disciplina chata, que eles não acham muito com que tem a ver com que eles vão ser, Cirurgião, Ortopedista, se veem muito numa alta especialidade hospitalar. [...] Mas eu devo dizer primeiro eu acho que a hostilidade em si não existe mais. Acho que a gente conquistou uma respeitabilidade. Têm*

*várias razões, eu acho para isso primeiro, existe um SUS, segundo a expansão da Atenção Primária acho que o PSF, o reconhecimento internacional do PSF, tudo isso vai colocando a gente em outro lugar que eles podem não gostar, mas entendem que aquilo é importante.*

Atualmente um número maior de alunos já entende a importância da Preventiva, mas ainda assim, tem-se depoimento de aluno sobre o pouco valor que recebem as disciplinas vistas como de "humanidades", que estimulam a compreensão de uma visão geral de saúde e contexto.

***Aluno G –*** *[...] na verdade as disciplinas voltadas para humanidades são muito renegadas tanto do ponto de vista de carga horária, quanto de prestígio entre o próprio corpo acadêmico da Universidade e entre os alunos. O prestígio é muito baixo. E eu acho que isso faz parte de que até é chamado currículo oculto.*

O professor A também relata uma experiência de docência em que o interesse de alguns alunos pode ser verificado. Embora poucos, existe nesses alunos uma busca pela visão de prevenção na área de saúde, de contextualização do que ocorre, e também da história da Medicina.

***Professor A –*** *O grupo, são cerca de cento e vinte alunos, mais ou menos. Se a gente tiver uns dez alunos que tem interesse por essa área [Saúde Coletiva], já está de bom tamanho! [...]. Esse ano teve um aluno que me procurou, que queria fazer iniciação científica. [...] Dois alunos. E eles estão muito interessados em fazer realmente uma coisa qualitativa, fazer grupo focal, estão estudando estatutos das ligas[28] [de Medicina] e tudo, uma coisa mais histórica.*

Silva (2003) comenta que o aluno nos dois primeiros anos se identifica mais com os pacientes. Apenas quando se aproxima mais da prática clínica, no terceiro ano, ocorre uma maior identificação com o médico. Neste início ele é sensível, cheio de expectativas e esperanças, com uma percepção humanista. No decorrer de sua formação existe o risco de que possa perder esta sensibilidade diante do estresse e da violência de suas experiências. A

[28] "As Ligas Acadêmicas são entidades constituídas fundamentalmente por estudantes, em que se busca aprofundar temas em uma determinada área da Medicina. Para tanto, as atividades das Ligas Acadêmicas se orientam segundo os princípios do tripé universitário de Ensino, Pesquisa e Extensão. [...] Seguindo a tendência do aumento de faculdades de Medicina em todo o Brasil, é possível observar um aumento exponencial do número de Ligas Acadêmicas, principalmente nas últimas décadas" (ABLAM, 2018).

percepção do professor A, em sua experiência de docente, reforça que o aluno nos primeiros anos ainda não tem a visão do médico.

> ***Professor A –*** *O 1º e 2º ano, que é o momento em que o aluno está muito mais leigo ainda do que sabendo já Medicina, então é um momento ainda muito incipiente da formação, em que eles estão mais assim, vamos dizer, do lado de cá do que do lado de lá. Eles não são médicos. Na disciplina de Observação da Prática Medica (OPM), os alunos não sabem quase nada, eles estão entrando. Envolve vários departamentos, e eu participei vários anos dessa chamada OPM. E é interessante porque eles trazem muita essa visão de como é que eles perceberam a relação do médico com paciente, eles ainda são pacientes na verdade. Eles fazem comentários, às vezes, bastante interessantes, de crítica à forma que o médico trata paciente, esse distanciamento.*

> ***Aluno K –*** *A gente discutiu sobre violência obstétrica [...], a professora estava falando que antes praticava muito, agora ali eles tentam tecer uma política de impedir que isso aconteça, que tem lugar que a violência obstétrica é a política do hospital. Antes era entendido como normal. Ah! O médico pode "do nada" chegar e falar que não vai ser mais parto normal, vai ser cesárea, pode chegar aí e fazer o corte [...].*

Esta posição do aluno que pende mais para o lado do paciente, nos primeiros anos da Medicina, traz consigo uma visão humanista por parte do estudante que poderia ser incentivada pela escola médica, no sentido da percepção do paciente de forma integral, como orientado pelas DCN.

Algumas tentativas podem ser bem-sucedidas e outras nem tanto, a este respeito o professor C tem uma opinião baseada em sua experiência docente, que envolve contato com os alunos desde os primeiros até os últimos anos de formação, incluindo o Internato[29].

> ***Professor C –*** *Eles não aceitam blá-blá-blá! Só teoria, só discurso [de humanização, humanidades]. Você tem que realmente mostrar como que isso funciona na prática. Mas acho que, abertos, eles estão. São estudantes, são seres humanos, escolheram Medicina por causa disso. Muitas vezes a gente acha que a pessoa vem para Medicina para ganhar dinheiro, mas não sustenta. Quem está na Medicina é porque, de alguma maneira, quer lidar com a natureza humana, eles estão abertos a isso!*

---

[29] O Internato é um período que compreende os 5º e 6º anos da graduação em Medicina, ou do 9º ao 12º semestre, em que predominam as atividades práticas, em assistência direta ao paciente, sempre sob supervisão docente ou de profissionais preparados e designados para esta função de preceptoria.

O professor C teve a oportunidade de participar da elaboração do projeto pedagógico de uma faculdade (E1) que estava sendo criada e conseguiu montar um currículo de disciplina, conforme sua narrativa, isso lhe permitiu basear o atendimento no Método Clínico Centrado na Pessoa:

> ***Professor C –*** *[...] um currículo [...] a base era parte de atenção Clínica na Comunidade, [...] com o Método Clínico Centrado na pessoa, [...] mesclar a parte técnica com a parte humana e de entendimento do processo, da percepção de doença da pessoa. [...] Os alunos conseguiam fazer isso no estágio. E muitos deles viraram médico de família depois. [...] Houve um impacto na escolha da carreira. [...] A ida às Unidades, [...] dentro da prática profissional, tinha a questão ética e do cuidado centrado na pessoa, [...] bastante preocupação com o lado humanizado da Medicina. [...]. Diferente [...] as grandes faculdades que tem uma tradição de tecnicismo.*

O professor C refere outra experiência como docente, em que a escola médica não segue o modelo tecnicista na formação de seus estudantes, em sua narrativa.

> ***Professor C –*** *[...] na E2 também como na E1, eles já desde o 1º ano, estão indo a Unidades, tem contato com pacientes, discutem ética, discutem comunicação clínica e estão já mais antenados também nessa questão de humanidades. [...] O método centrado na pessoa, abordagem familiar. Como fazer uma entrevista clínica centrada na pessoa. Eles trabalham isso desde 1º ano.*

A qualidade da comunicação, como um indicador já citado pelo professor D em sua narrativa, também é destacada pelo professor C, como desejável no perfil do discente. Cita uma experiência de uma escola de Medicina que seleciona, no vestibular, quem tem esta habilidade e a de trabalhar bem com equipe.

> ***Professor C –*** *Na E2, acho que tem uma coisa muito interessante, que eles têm uma entrevista no vestibular e eles já selecionam quem é mais habilidoso na comunicação, no trabalho em equipe desde o vestibular.*

### 4.2.2 Formação - perfil do aluno

Os relatos de professores indicam uma mudança, ao longo do seu tempo de docência, em posicionamentos que os alunos adotavam, com relação ao motivo que alegam para terem buscado a Medicina.

> ***Professor D –*** *É importante dizer isso porque eu vi melhorar. [...] Em 1979, quando eu entrei na faculdade, se você perguntasse para a turma porque você veio fazer Medicina, todo mundo ia ter uma história bonita para contar. E me chocou muitas vezes aqui, como professor, fazendo a mesma pergunta para os alunos, me deparar com algo que não dá para classificar como menos do que o cinismo, entende? "Ah! Eu vim aqui porque eu quero ser rico! Eu vou fazer isso para ganhar dinheiro!" [...] Boa parte deles diziam isso mesmo para chocar, para afirmar esse desdém, sabendo que um professor de Medicina Preventiva vai se incomodar com esse tipo de coisa. [...] Gerações se sucederem onde essa dimensão que eu vou chamar de, no mínimo, um certo pragmatismo, duro, seco, sem sonho, sem utopia. [...] Mas eu devo dizer também que eu tenho um otimismo crescente com as novíssimas gerações. Eu acho que houve uma mudança radical de uns quatro, cinco anos para cá, radical! Dos que estão ingressando...*

O motivo da escolha dos alunos na percepção do professor B implica em ser valorizado. Em sua visão, quem escolhe a Medicina quer servir, mas alguns acabam mudando ao longo da formação e buscando áreas em que tem menos contato com o paciente.

> ***Professor B –*** *E eu não acho que o objetivo deva ser unicamente o dinheiro. [...] Eu tenho a impressão que o médico, lógico que ele quer dinheiro, mas as pessoas exageram achando que ele é muito materialista, mas o médico adora ser valorizado. Ele fez Medicina para isso! Vai perguntar para o aluno do 1º ano porque que ele fez Medicina, quantos falam que fazem Medicina porque querem ficar rico? O que tem o pai que tem uma clínica de alguma coisa que dê muito dinheiro, pode ser que esse queira, mas no geral, ele quer ajudar as pessoas, ele quer servir, ele não quer ficar rico. Pra ficar rico vai para o mercado financeiro, essa é a visão do jovem hoje, para as áreas de tecnologia, de informática, sei lá, tem um monte de coisas que hoje tem um caminho para ficar rico.*

O contato com o sofrimento do paciente provoca sofrimento também no aluno que está em formação, e nem todos dispõem de recursos psíquicos para enfrentar o próprio desequilíbrio emocional.

> ***Professor B –*** *Ele é uma vítima também. O médico, ele sofre, ele lida com a dor. Você imagina alguém, de vinte e cinco anos, que se formou, formou residente, ele operou e o doente morreu.*

*E o doente morreu por culpa dele! Isso é possível? É possível! É! Estourou a artéria. Mas ele não estava sabendo de nada, mesmo ele tendo supervisão. Você pensa que é fácil? O sofrimento é enorme, ele tem vinte e cinco, ele vai ter que lidar com isso! Faz parte, é uma profissão sofrida, tanto que as pessoas vão se afastando das linhas que a sociedade mais quer, que é essa área de resolução, porque é difícil lidar com essa angústia. Eles vão indo para as áreas mais distantes, ele vai para os laboratórios, ele vai para a radiologia, ele vai para as coisas mais superficiais, de menor risco. Aí você está financiando um sistema enorme, pagando uma fortuna, invés de você ter médico da família, alguém que esteja junto, ou mesmo um cirurgião, vai tendo um meio de campo.*

O aluno vai para áreas de menos contato com o paciente para ter menos sofrimento. Este sofrimento dos alunos, que o professor refere, faz parte de um currículo oculto em que os estudantes têm várias experiências na faculdade que não são somente as experiências em sala de aula e supervisionadas. Essas experiências, podem ser negativas e para as quais não recebem o atendimento (ANUNCIAÇÃO, 2016).

A imagem que o aluno faz de si mesmo ao ingressar na Medicina, e também a visão das demais pessoas a respeito dele, é comentada pelos professores, desde a empáfia até a angústia que esta visão provoca.

***Professor A –*** *A gente costuma dizer que o aluno de Medicina, quando entra na Medicina, ele acha que pode vir a ser Deus. Aí, quando está no 3º ano, ele fica achando que está chegando lá. Quando chega no 5º e 6º ano, ele se considera Deus. Ele tem a certeza! É uma caricatura, mas a gente percebe um pouco isso. Uma das coisas que a gente procura discutir com eles, pelo menos no segundo ano, no primeiro ano, é essa questão, é um conteúdo mais ligado a área da Medicina Social.*

A angústia do aluno, diante da realidade do sistema de saúde, da própria experiência de formação com que se depara, e com o comportamento de alguns professores.

***Professor B –*** *Ele entrou na faculdade, acharam que era Deus! Ele entrou na faculdade de Medicina. Oh! Que cara inteligente! Depois o que ele fez! [...] Você imagina você é aluno do 1º ano, você entrou na faculdade. Você é, seus colegas acham que você é um semideus. Ele entrou aqui oitenta por vaga. Pô! Ele é o máximo! Ele entra e ele vai para essa aproximação à Prática Médica algum cenário, o professor chega para ele, lógico que não são todos, são exceções, mas alguns falavam "Por que você foi fazer Medicina? A situação está uma desgraça,*

*isso é uma droga, só vai piorar!" É um balde de água fria total. Mas mesmo assim tem muita gente querendo fazer, eu acho que tem que aperfeiçoar os sistemas de ensino.*

O modelo que os professores representam, e os rituais de ingresso em grupos considerados restritos e de difícil acesso, como o da Medicina são muito marcantes. Adorno, em seu estudo sobre personalidade autoritária, mencionou os padrões de pensamento e atitudes de grupos, que passam a ser adotados pelos indivíduos que querem pertencer ao grupo:

> Hay razones para creer que los individuos asumen a menudo, a través de mecanismos como la imitación y el condicionamiento, las opiniones, actitudes y valores más o menos dados de los grupos a los que pertenecen, motivados por suas necessidades de ajustarse a cánones, pertenecer a un grupo y creer en algo (ADORNO, 2006, p. 177).

Com o crescimento do individualismo, o modelo pode ser de uma autoridade que se impõe pela força, ou por demonstrar a força que tem e com isso incitar àqueles que desejam ter o mesmo poder. Adorno (1995b, p. 64) indica que "o critério de personalidade é, em geral, poder e a força; domínio sobre pessoas [...]". O que importa para essa personalidade é ter o poder, seja graças a uma posição social, ou a uma condição de autoridade que a sociedade lhe atribui, ou ambos. Essa pessoa forte usa sua personalidade para submeter os outros, o que difere de uma qualidade de pessoa forte, como valor ético.

A atitude de alunos de instituições superiores, vem mudando em relação a esta autoridade exercida e imposta pela força. É relevante não se calarem mais diante das ameaças, da violência, do preconceito, o que demonstra o depoimento a seguir, do Aluno H. Atribui a sua diferença de perfil em relação aos demais colegas a própria instituição acadêmica e profissional, um reduto que é mantido por uma cultura excludente e preconceituosa.

***Aluno H –*** *O meu primeiro ano, minha trajetória no curso de Medicina, eu acredito que tenha sido particularmente traumática, não sei nem se é muito representativo. Logo no início eu cheguei aqui e senti a necessidade de formar uma certa rede, por ser de fora, por eu ser uma pessoa diferente das pessoas desse curso, não ter a mesma condição social e financeira, eu sentia essa necessidade, e eu logo me envolvi com a Atlética e com outras entidades estudantis, busquei formar essa rede. [...] Uma das poucas coisas que me deixa feliz nessa faculdade é o fato do perfil do estudante ter mudado um pouco. Quando a gente tinha essa barbárie que era quando eu entrei as pessoas se calavam. Elas não tinham coragem de falar e apenas essas que estavam incluídas na lógica de violência tinham voz, hoje isso mudou pelo menos nas aparências isso mudou.*

O professor D também destaca esta mudança que houve a partir da denúncia de trotes violentos que vinham acontecendo nas faculdades.

> ***Professor D –*** *Os que têm ingressado há três, quatro anos aqui. Eu acho que tem uma marca, isso foi algo que se tornou público na sociedade paulista, que foi a denúncia dos trotes violentos, da violência sexual. Que deu uma CPI na Assembleia Legislativa e que foram denúncias que partiram de coletivos feministas e coletivos LGBT da Faculdade, que resolveram peitar! Houve vítimas graves, pessoas que inclusive abandonaram, se suicidaram, caíram em depressão, transtornos mentais graves, por sofrerem violência há décadas, que era silenciada aqui dentro. [...] Diria que o impacto na formação e na humanização dos estudantes de Medicina de um movimento desses, de denúncias, na formação médica, é maior do que qualquer disciplina que a gente possa incluir no currículo, eu diria que esse tipo de postura violenta, incompatível com que tudo qualquer coisa que a gente possa conceber sobre a Formação médica no perfil dos valores de um Médico, é, se eles não desapareceram, acho que totalmente não desapareceram é, essas pessoas estão se sentindo mais constrangidas e acuadas, entendeu? Porque elas praticavam essas coisas extremamente à vontade, sem nenhum constrangimento, sem nenhum prurido moral, inclusive porque isso era avalizado por docentes que, na ocasião em que foram estudantes, praticavam isso e perpetuaram essa prática, na posição de docentes, que é gravíssimo! São professores, são referências, são autoridades. E que não só não faziam, não colocavam, restrições no comportamento, quanto passavam a mão na cabeça ou se entusiasmavam ou eram coautores!*

Esse relato do professor D, denuncia este modelo de autoridade que se impõe pela força exercendo domínio sobre pessoas, em uma demonstração violenta de poder e que se perpetua nos rituais de ingresso. São grupos considerados restritos, de difícil acesso, como nesse caso da uma escola médica considerada de elite do país. O aluno G comentou sobre estes trotes violentos.

> ***Aluno G –*** *É bom ressaltar que o trote é uma realidade não só da Medicina, mas de vários cursos, alguns tradicionalmente têm trotes mais violentos. Eu sou contra o trote. Eu acho que o trote é uma forma de perpetuação de assédio moral, de perpetuação de uma cultura de hierarquia que é maléfica de modo geral. Na Medicina existe uma particularidade, porque existe uma hierarquia muito clara no hospital. [...] é necessária para o bem do paciente, essa hierarquia. [...] pessoa que tem menos experiência tomar uma conduta contra a opinião da pessoa mais experiente, pode estar equivocado e trazer um malefício para o paciente. [...] Um centro cirúrgico não pode ser um ambiente com hierarquia frouxa, senão no meio da cirurgia,*

*fica uma confusão. [...]. Entretanto, essa hierarquia às vezes, ultrapassa os limites, então é muito comum assédio moral no hospital, de punições. Mais na Residência. É muito comum em especialidades cirúrgicas, na neurocirurgia é muito comentada. Assim, o residente pegar o plantão de castigo, [...] às vezes repreensões repetidas, ou colocar uma pessoa numa função menos digna [...] é comum no hospital. E o trote na faculdade pega o simbolismo do hospital e traz para graduação. [...] Houve essas denúncias que começaram pequenas, mas depois foi visto que é uma coisa nacional, em várias faculdades isso existe. É como se você abrisse uma "caixa de Pandora". E então todos os lugares apareceram, tanto foi feito uma CPI de todo o estado de São Paulo. [...] que tem a ver com a cultura da universidade, não é só da Medicina, que não é só Medicina que faz trote, [...] atividades mais degradantes [...] ouvi de colegas que sofreram [...] tendência de que isso reduza nos próximos anos.*

O aluno H comentou sobre o trote, do ponto de vista de quem foi submetido à violência e de suas atitudes posteriores, denunciando, tentando mudar a cultura a esse respeito, não se calando.

***Aluno H –*** *Eu sofri trote e eu me associei com algumas colegas também que tinham sido vítimas de violência por alunos da faculdade. E a gente fez denúncias [...] também participou de denúncias de violência obstétrica [...] a violação de Diretos Humanos nas faculdades. [...] A gente foi muito maltratado na verdade no estágio de obstetrícia porque as denúncias existiam antes da gente. [...] Ministério Público fez uma série de cobranças e exigiu que eles se adequassem a normas mínimas, mas não resolveu! Tem professores que participaram da denúncia com a gente, teve experiência com trote em outras faculdades. É inclusive um tema que a gente tratou durante esse percurso, que existe um currículo oculto.*

Este depoimento traz para a discussão o currículo oculto, que esconde sofrimentos. A esse respeito, Schweller (2014) destaca uma relação conflituosa entre as experiências do currículo oculto em oposição à ideia de uma prática médica pautada na ética, em que os interesses do paciente ficam em destaque. O conflito gera um desconforto sentido pelo estudante, mas não há uma reflexão a respeito, "ao contrário, vivencia suas experiências de maneira anestesiada ou cínica, o que adia o estabelecimento de uma identidade profissional" (p. 112).

A ideia é trazer estas experiências para espaços de reflexão e discussão, como forma de apoio emocional ao formando, para que se evite a formação de mecanismos de defesa como o cinismo. A influência do modelo também pode ser positiva e não criar conflitos no estudante.

***Professor C –*** *Na minha formação médica, lembro muito bem dos professores, como eles tratavam os pacientes, me marcou tanto no negativo, como no positivo. Eu via o que não queria fazer e o que era muito legal. Acho que o modelo é bastante importante! Mas têm que ter os dois lados, não pode ter só o negativo, tem que ter um exemplo positivo.*

A questão da moralidade, da sociedade permissa, dos preconceitos, do abuso de autoridade estão exigindo mudanças para que haja o respeito as diferenças. Mudanças são exigidas por vários grupos, em vários setores que mobilizam toda a sociedade, que ultrapassam muros familiares, escolares e devem envolver a todos.

***Professor D –*** *Há uma mudança muito grande, acho que no país e no mundo. O mundo está dando sinais de retrocesso enorme em todas as partes, mas em grande parte, eu acho que também são reações a avanços que se tornaram irreversíveis na humanidade, como, por exemplo, a condenação a toda a forma de sexismo, machismo, racismo, preconceito e eu acho que é há uma geração que vem aí. Eu tenho filhos mais ou menos nessa idade, que eu percebo é, o quanto para eles isso, isso é inegociável! O respeito à diferença se torna, para uma parcela significativa dessas novas gerações, um valor inegociável! E isso vai ter repercussões. Tem repercussões aqui dentro, que a gente sente desse lugar de professor de Medicina. Eu acho que o outro dado que é importante não consigo separar [...] isso também da mudança do perfil socioeconômico.*

O perfil socioeconômico do aluno de Medicina está mudando, a idade de ingresso, a escola de origem e outros fatores relacionados a condição social, segundo o relato dos entrevistados, em parte graças às políticas de inclusão.

***Professor D –*** *No início dos anos 1990, se eu perguntasse para uma turma de alunos de onde eles tinham vindo, metade era Bandeirantes, a outra metade era do Santa Cruz, grosso modo. E, até agora nos últimos anos, a gente tem tido 30 a 35% dos alunos vindos de escolas públicas. A faixa etária aumentou do ingresso, eles eram muitos jovens como eu, que entrei muito jovem porque é, bem ou mal, houve uma progressiva democratização mesmo antes das políticas de inclusão. A rigor, os cursinhos são "políticas de inclusão".*

A esse respeito tem-se também o comentário sobre perfil do aluno na visão de um discente, sobre o público elitizado das escolas médicas e o que isso implica depois no exercício da profissão e do público que buscará atender.

***Aluno G –*** *Eu acho que a minha faculdade não é diferente da maioria das faculdades do país. Na verdade, o público que faz Medicina é um público ainda elitizado. É um público branco e que veio na grande maioria das escolas privadas. Isso é uma coisa que vem mudando, inclusive na faculdade tem mudado gradualmente. É um processo lento, mas hoje em dia já entram mais alunos de escolas públicas. Essa grande maioria de alunos brancos já está diminuindo, mas a diferença ainda é pequena. Mas a tendência é ficar mais heterogênea. Seria bom que fosse um curso menos elitizado com o tempo. A Medicina é uma área, é uma profissão muito ampla! Você precisa de perfis diferentes, porque se você tem o mesmo perfil de pessoa quando entra na faculdade, você vai formar um médico muito parecido. A gente precisa do médico que gosta de trabalhar no hospital, a gente precisa do médico que gosta de trabalhar no posto de saúde, do médico vai querer fazer somente Medicina privada, mas também do médico que quer trabalhar nos SUS. A gente precisa de vários perfis diferentes, para atender esses públicos que são diferentes.*

Esta abordagem do aluno G sobre diferente perfis de médicos, para atender diferentes públicos, pode fazer sentido em uma sociedade que permanece mantendo as relações em sistema de classes, mas independentemente deste ponto de vista, são necessários médicos que se desponham a atender as diversas populações existentes na realidade brasileira. A formação médica e as mudanças necessárias que vão além do mundo acadêmico, envolvem aspectos sociais, econômicos, culturais e geográficos que podem ter repercussão na alocação futura destes profissionais em territórios mais abrangentes. Uma das metas do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013a) é proporcionar uma melhor distribuição de profissionais médicos pelo território brasileiro.

Outro aspecto realçado pelo professor D é o fato de ser uma faculdade branca, o que revela as diferenças sociais relativas as etnias que compõem o país.

***Professor D –*** *Você deve contar nos dedos de uma mão o número de alunos negros que tem em todos os anos desta faculdade. É uma faculdade branca! É a questão da política de cotas realmente tem um impacto grande nesse sentido, mas um percentual elevado dos que vieram de escolas públicas. A gente vê a geografia deles, onde eles moram, muitos de fora de São Paulo, muitos moram na periferia de São Paulo, muito longe, isso é uma novidade muito grande para nós. [...] Já extraindo algumas análises disso, no sentido dessa reflexão sobre o que pode impactar na formação médica, porque a tendência [...] é um docente sair falando tudo que poderia fazer no currículo, na formação, nas disciplinas, no jeito para formar um médico mais*

*humanizado, mas eu acho que essa mudança, o impacto nessa direção, depende de fatores sociais mais amplos e de injunções que vem de fora da instituição.*

Os futuros médicos, alunos oriundos de uma classe social privilegiada economicamente, em geral não conhecem o SUS, seus recursos e abrangência. Em seus comentários denotam também o preconceito.

***Professor D –*** *Evidentemente, é completamente diferente, eu dar uma aula sobre SUS onde têm na minha sala 30% dos alunos que, a vida toda, usaram o SUS, do que eu dar aula para alunos do Bandeirantes ou do Santa Cruz que dizem: Ah! O SUS é aquela coisa dos pobres?*

Com relação a perfil do público de alunos e do público a ser atendido, contemplando o sistema de saúde de forma ampla, o comentário de um aluno é bastante pertinente quanto à questão de classes sociais e cultura médica. Embora não sejam os únicos fatores, podem influenciar na escolha da área médica em que o profissional irá atuar.

***Aluno G –*** *Eu penso aqui é muito comum você querer dar retorno para a sua classe social. Se o público que faz Medicina é um público elitizado, as classes mais bem beneficiadas pelo serviço médico vão ser as classes sociais mais elevadas. Se fosse algo mais heterogêneo, talvez houvesse um retorno social maior para as classes sociais menos favorecidas. Então, acho importante ter um perfil de aluno mais diversificado no início da faculdade. Isso não é uma realidade hoje em dia muito embora seja uma tendência. [...] Fora da Medicina, eu conheci pessoas de outros cursos. Isso foi muito enriquecedor para mim e desconstruiu um pouco a ideia de hegemonia da Medicina que as pessoas tem. [...] A gente tem uma ideia não explícita, mas inconsciente, de que o nosso curso é superior em relação aos outros. Pela carga horária maior, porque tem que estudar mais, seis anos em vez de quatro ou cinco em relação aos outros, porque já tem uma valorização social maior. Então isso já é incutido culturalmente na gente. Tem um pouco essa ideia que é um preconceito que a gente tem que é difícil de quebrar! Acho que eu quebrei um pouco, ampliei um pouco, mas ainda assim você vê que você recai em alguns preconceitos, às vezes. É difícil desconstruir completamente essas coisas. A minha ideia sobre a cultura médica é assim, na universidade é mais ou menos essa.*

No comentário deste aluno fica expresso que, mesmo sendo consciente de seu preconceito e de que não é justificável, existe a dificuldade de mudar sua maneira de pensar, desconstruir esta visão que já está tão impregnada em sua subjetividade graças a cultura.

### 4.2.3 Formação: Estágios – Internato

As DCN da Medicina de 2014 preveem em seu artigo 24, parágrafo 3º, que no mínimo 30% da carga horária do Internato médico da graduação em Medicina, que tem no total a duração de dois anos, 40 horas por semana, seja desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS. Isso reforça a necessidade de sensibilização do aluno de Medicina para a discussão sobre as concepções de saúde e uma visão ampliada da prática médica e uma melhor compreensão do que seja o SUS e sua abrangência. Os professores entrevistados promovem discussão e propõem práticas, estágios a esse respeito. Alguns relatam ainda resistência, mas já menor e outros promovem esta aproximação e referem êxito em suas propostas.

> ***Professor A*** *– [...] importante discutir as várias concepções de saúde, tentando sensibilizar para a realidade do Sistema Único de Saúde. Então, levamos os alunos nas Unidades Básicas. As Diretrizes Curriculares atualmente são mais explícitas ainda. E a partir de 2018, trinta por cento da formação tem de ser na Rede SUS, [...] a gente então leva para atividades em outros municípios onde tem Unidade de Saúde. [...] alguns convênios com as prefeituras. Alguns se sensibilizam, [...] também levamos junto com os agentes comunitários para eles visitarem casas, entrevistarem pessoas. [...] Unidades selecionem alguns pacientes de doenças crônicas, diabetes, hipertensão, problemas de câncer, saúde mental e eles vão fazer uma entrevista, e depois eles vão discutir a política que o Ministério sugere para esses grandes grupos de doenças crônicas não infecciosas. Visitam CAP's e outros serviços, o Centro de Convivência, [...] acompanham a questão da gestante da Rede Cegonha, da Mãe Paulistana. [...] para eles perceberem que existe uma política formulada. [...] Vai a grandes hospitais, vai as Maternidades. E essa parte eles gostam. É o momento que a gente tem de mais aproximação com eles, no sentido de sensibilizar para a questão do Sistema Único.*

A colocação do professor A é apoiada pelos depoimentos de alunos que reconhecem como muito importantes as disciplinas que viabilizam um contato efetivo com a realidade da saúde brasileira.

> ***Aluno K*** *– [...] a importância de ver outras realidades. Foi com Saúde Coletiva que a gente foi na UBS. [...] Com o agente comunitário numa favela para visitar os pacientes, a gente*

*conversou com pessoas. [...]. A gente viu situações, por exemplo, uma moça que colocava etiqueta da loja, vinha um fio e vinha etiqueta de papelão, e ela colocava etiqueta, tinha que fazer acho que mil, duas mil, agora eu não sei se era por R$ 2,00 ou R$ 6,00. E ela estava desde o dia anterior fazendo isso. [...] Você imagina, se for por mês, quanto que ela ganha? [...] A gente acha que o Brasil está tudo bem, mas você vai lá ver, sessenta por cento da população ganha menos que um salário mínimo! [...]se depara com realidades que a gente não imaginava! Eu acho que isso é fundamental, se você vai se formar aqui, você vai lá sai como um médico bom que tem um hospital ótimo para você aprender, e vai trabalhar no melhor hospital de São Paulo. Você vai não conhecer nada do seu país, da sua população, você está fechado completamente numa bolha!*

A importância de conhecer outras realidades da saúde e do povo brasileiro, sair da "bolha", do local protegido e tomar conhecimento do que é o programa de saúde, o que o SUS pode fazer, são experiências possíveis em algumas disciplinas da grade curricular, em geral nos primeiros anos, conforme seus comentários. São as adequações necessárias requeridas pelas DCN.

***Aluno J –*** *Li as normas e fui lá na UBS. Super arrumadinho, super funcionando bem, a gente conversou bastante com os pacientes, que falaram que o serviço é ótimo, muito bom, que atende rápido. E a gente viu o tanto de coisa que uma UBS faz, não é só consulta, não é só vacina. O povo faz atividade com a comunidade, caminhada, tem um grupo de gestante, muita coisa interessante! Aí fui no hospital, também no hospital do SUS. É o hospital bem novinho, fica no Jabaquara mais na região Sul. É um hospital bem grande. [...] como organização social está muito bom! O sistema tem problemas claro, mas estava funcionando bem. [...] Quando a gente perguntava para as pessoas, o que elas mais reclamavam no Sistema era do médico, não era do atraso nem da demora para o exame. [...] Que o médico libera muito rápido da consulta. "O médico não fez exame em mim, não encostou em mim", "O médico não quis saber muito da minha vida", [...] estavam reclamando do médico que não falava muito com elas.*

Os estágios e visitas dos primeiros semestres da graduação promovem uma aproximação ao SUS, mas há uma diferença na reação dos estudantes quando estão lá para fazer o estágio no Internato.

***Professor A –*** *É o momento que se tenta discutir a importância de uma efetiva Atenção Básica e existe muita crítica, eles reclamam que não tem dinâmica, que é muito parada. [...], dependendo das relações e do lugar, do chefe, do gestor, ou o diretor se está [ou não]*

*interessado. Em geral a reação do gestor é de não querer! "Um grupo de alunos, mas tem muita gente, isso sobrecarrega!" Dependendo das relações, a coisa fica até meio um fardo!*

***Professor C –*** *O discurso separado da prática não funciona! Em especial nessas disciplinas que envolvem a Atenção Primária, com o SUS acho que tem que ter mais cuidado ainda, já tem uma imagem pejorativa, tem que partir do negativo, deixar mais bem organizado para quebrar um pouco essa imagem, mas não é o que a gente observa em geral. [...] Eles [alunos] já chegam com pedras na mão, já acham que é ruim, não é uma coisa que eles querem fazer. Até porque esta faculdade é muito centrada no especialista. E é uma função das grandes escolas também formarem os especialistas, não está errado isso, alguém tem que formar o especialista. [...] Então quando você não faz um estágio mais generalista, e na comunidade fora do ambiente que eles estão acostumados, isso causa um certo rechaço. Os estágios têm que ser mais bem organizados. Para o estudante de Medicina, a discussão da humanização deve ser centrada no cuidado. [...] Só falar ou mostrar slide, não resolve. [...] Está muito interessado em fazer clínica, em atender. A melhor estratégia é levar elementos de humanização no atendimento, que é o que eles entendem como importante. E nesse estágio que eu estava, a gente não teve sucesso nisso. Não tinha um ambiente clínico adequado para eles atenderem os pacientes e desenvolverem a humanização no atendimento, como tinha naquele estágio que eu te contei que foi o primeiro que eu organizei. [...] Ambiente que é desfavorável, esse contexto, mas acho que principalmente porque não tem um bom modelo no estágio.*

Um dos problemas relatados, quanto ao Internato, é a experiência dos alunos com preceptores[30] que não são docentes. Os médicos que ficam responsáveis por seu aprendizado em Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios de Atenção Primária, muitas vezes não são professores, estão desatualizados.

***Professor A –*** *Quando chegam no 5º ano, eles têm feito uma avaliação ruim dessa experiência do Ambulatório, do Estágio na Atenção Básica. É um Ambulatório com uma série de Profissionais que não são professores [...] são técnicos com função docente. Existe muito a crítica de que não são professores, às vezes não estão atualizados.*

---

[30] No Internato e na Residência médica, "o Preceptor tem como principais atribuições o ensino e a clínica, ou seja, auxiliar o aluno no desenvolvimento da habilidade prática. Para isto, ao Preceptor é reservado o lugar nada cômodo de ativador, mais do que ajudar ou facilitar seus estudantes no desenvolvimento das atividades, ele tem a função de estimular/encorajar um ambiente acolhedor. Sua relação com os alunos deve consentir a livre expressão de suas opiniões, e estes devem se sentir à vontade para realizar perguntas que esclareçam suas dúvidas, pois é sabido que eventuais situações de ansiedade podem prejudicar as possibilidades de aprendizagem" (BRANT, 2011, apud SILVA, 2016, p. 25).

***Professor C –*** *As UBS's também não estão preparadas para o ambiente de docência. E o Médico que está lá, o preceptor acaba ficando meio emprestado, tem que fazer tudo ao mesmo tempo então, [...] esses Estágios nas UBS's como um estágio clínico, tem que ter uma certa aderência acadêmica, para que seja um bom modelo para os estudantes. [...] Quando eu fiz graduação no Internato em Saúde Coletiva - Medicina de Família, foi um bom modelo. As Unidades estavam adequadas, tinha uma cogestão da Universidade com o Serviço. Por mais que tivesse resistência, preconceitos, a gente via a prática acontecendo da maneira adequada. [...] Quando você não dá essa opção, fica na dúvida. Na dúvida não, na certeza que é ruim, tem que tomar muito cuidado em como você prepara o campo de estágio para que ele seja adequado.*

A experiência de um aluno, que ainda não está no Internato, mas comenta o que escuta de seus colegas. Como ele participa de um ambulatório de acupuntura também refere de seu atendimento. A convivência com os médicos, residentes ou chefes de serviço e as impressões negativas advindas desta experiência.

***Aluno J –*** *pessoal do Internato [...] as pessoas que eu tenho contato são um pouco mais críticas, comentam que Fulano do 1º e 2º ano era tão atencioso e agora e vi ele tratar mal o paciente no ambulatório, alguém contou que viu dois colegas ou três, tirando sarro do paciente neurológico que tinha uma marcha comprometida. [...] estudante que viola a privacidade de paciente ginecológico, paciente de obstetrícia, [...] perdem um pouco da sensibilidade ao longo do curso. Acho que a principal coisa é o exemplo ético, de um dos professores, os residentes em geral têm que atender bastante paciente, mas não tem muito tempo, eles põem no interno, no pessoal que está acompanhando, essa cultura de não dar muita atenção ao paciente, falam pra perguntar o que precisa perguntar, porque tem fila de gente para atender ainda [...] é um dilema ético, vou tratar um pouco menos bem cada paciente para poder ser mais rápido, porque ficar esperando também é uma forma de mau trato, é desagradável. [...] eu faço a linha de acupuntura no Pronto Atendimento, a pessoa chega com dor aí a gente fala rapidinho o que tem e dá as agulhadas, dez minutos a pessoa já saiu. [...] paciente de idade com dor ortopédica que vai toda semana[...]. Os residentes dizem que é um paciente difícil, sempre reclama, [...] só agulha e libera. [...] Tem que ir rápido! [...] os médicos ficam de "saco cheio" [...] Eles falam que o problema dele não é a dor, é que ele é carente, é idoso não tem alguém para conversar, aí ele vem para cá [...]. É para resolver.*

O mesmo aluno traz em seu depoimento a queixa dos médicos de UBS, quanto à demanda de público e a exigência de quantidade de atendimentos em relação ao tempo

disponível. Em sua formação, a prática é fundamental, e os locais em que estas ocorrem influenciam a maneira de agir na futura profissão.

> ***Aluno J –*** *Nessas visitas do Sistema de Saúde, nós perguntamos para os médicos como é o trabalho deles, e a grande queixa é da população muito grande, e o tempo curto. Uma médica tinha o protocolo do serviço da UBS: atender quinze minutos por paciente. Ela tinha que atender X pacientes por dia, que a Organização que administrava a UBS cobrava dela, Ela falou que gostaria de dar mais atenção, mas se fizesse isso, não cumpriria a meta e o chefe brigaria com ela. [...] [vendo isso] uma boa parte dos estudantes de Medicina se anestesia ou se acomoda com a situação, [se justifica] não tem como atender melhor porque olha as limitações que o sistema coloca.*

As dificuldades podem estar no Sistema de Saúde Pública, nos setores que a universidade faz os convênios, mas também podem ser sanadas quando há um envolvimento da universidade com a gestão das Unidades, o que melhora as condições do estágio e de atendimento à população. Estas parcerias são significativas também no aspecto do exemplo dado aos estudantes de como fazer um bom atendimento em situação de Atenção Primária. Mas tem professor que não gosta de ir à Rede, por diferentes motivos, como indicam os depoimentos a seguir. Trazem pontos de vista diferentes sobre as mesmas condições alegadas como motivo, narrados pelos colegas.

> ***Professor A –*** *A gente vai a "campo" várias vezes. E também tem isso. Tem professor que não gosta de ir na Rede, fica na sua zona de conforto, sabe? Acha que, às vezes, a questão que é perigoso: "Essa região tem favela, tem não sei o quê!" Às vezes acontece mesmo, mas é o mundo, nós estamos vivendo esse mundo!*

> ***Professor B –*** *Porque os médicos não querem trabalhar nos prontos-socorros da prefeitura longe? Porque ele não gosta de pobre, essa é um pouco a visão, às vezes a visão estereotipada a meu ver, pode ser que ele é mais elitizado, até pode ser, mas eu não acho que é isso. Porque aqui ele só lida com doentes, o nosso perfil aqui, não são doentes de melhor condição do que no hospital público. Por que ele não quer? Porque ele não vai lá para trabalhar sem recurso, sofrendo o tempo inteiro. Cada dia que ele acaba o seu plantão ele fala: Puxa vida! Hoje eu não matei ninguém, hoje eu não prejudiquei quem quer que seja, hoje não me bateram aqui, hoje eu consegui chegar em casa, não fui assaltado, quer dizer, eu acho que é o sistema, a gente está discutindo mais ensino, mas como você posiciona as pessoas dentro dos lugares, o que que nós vamos ensinar? O médico para fazer o quê?*

Os professores referem que os alunos, em sua maioria, não conhecem o SUS, como já indicado anteriormente. Além de apresentarem as políticas envolvidas, os professores procuram promover situações práticas em que os alunos entrem em contato com a realidade, de forma ampla, conhecendo também as experiências positivas.

> ***Professor A –*** *A gente apresenta o SUS como uma proposta avançada. Os alunos dizem: "o que falam não existe na prática!" A gente diz: Olha! Talvez vocês não saibam que historicamente, a Saúde Pública era voltada basicamente para atendimento a tuberculose, hanseníase. Hoje ampliou muito o atendimento, são várias áreas que estão contempladas, as Unidades de Saúde mesmo. Que o SUS tem problemas e dificuldades, ninguém discute isso! Tanto que hoje ele está numa encruzilhada. Para onde é que vai o SUS? E essa discussão acaba sendo, às vezes, vamos dizer assim, interessante porque eles percebem que, bem ou mal, o SUS é uma política de bem-estar social. Uma das poucas que o Brasil procurou desenvolver e que tem uma importância para a população de baixa renda, mas não é um SUS de pobre para pobre! A gente tem que brigar para que o SUS seja realmente um sistema de saúde que envolva toda a população, que seja universal de fato. Essa discussão é sempre bastante carregada porque dizem que muitas vezes a gente idealiza o SUS, um ideal, que não existe! Mas quando visitam, por exemplo, o Dante Pazzanese, que é um hospital do SUS, eles ficam impressionados! Mas isso aqui é SUS? É excelência!*

Para manter um serviço de excelência existe um custo. Para manter um serviço de saúde existem custos, desde o básico. A nossa constituição fala de um Sistema Único de Saúde universal. O quanto custa financiar este sistema é uma das considerações feitas pelo professor B, contrapondo o serviço em geral disponível para a grande população e os grandes hospitais de ponta, com serviços acessíveis apenas para uma parcela bem menor da sociedade. Outro fator relacionado com o custo é a quantidade de exames solicitados pelos médicos.

> ***Professor B –*** *A gente tem uma Medicina muito de ponta, mas ela não dá para fazer para duzentos e dez milhões! [...] discuto isso aqui, nós somos uma universidade pública, sob a nossa responsabilidade estão duzentos e dez milhões de pessoas! Para o sistema privado de saúde, a responsabilidade deles está por volta de quarenta milhões de pessoas. Se a gente diminuir, deixar os deles com eles e os nossos conosco, sobrou para nós cento e sessenta milhões de pessoas. Como eu faço Medicina para cento e sessenta milhões de pessoas? E como eu ensino? Agora os cento e sessenta milhões querem a mesma tecnologia que eu tenho nos trinta milhões porque a nossa constituição fala disso. E eu não tenho financiamento para esse sistema. E aí o*

*médico fala: "Vamos frustrar!" Os professores das universidades falam pouco do custo do sistema para os estudantes. Cada exame que você pede, quanto custa? A gente não ensina isso, a gente ensina que se o doente precisa pede como se o financiamento desse sistema fosse eterno e depois se não der certo, a gente fala que faliu o sistema, que o nosso hospital está muito ruim, não sei o quê? A gente fala que a culpa era da Dilma, agora a gente fala que é do Temer, daqui a pouco a gente fala que é do próximo? E está tudo resolvido, o nosso problema, nunca é nosso. Eu não gosto, nós somos educadores! Se a gente dá [apresenta] muita dúvida, essa angústia deve passar [para os alunos].*

O professor comenta que existe uma Medicina muito de ponta, e pergunta qual a Medicina que se quer quando adoece, e cita exemplos tanto de casos extremos quanto de casos de campanha de prevenção, que estão na atenção primária. Qual é o médico que queremos? O especialista ou o médico generalista?

***Professor B** – Queremos procedimentos de ponta, caríssimos, e queremos como prevenir o AVC. Queremos os dois! É o mesmo dilema que passa o médico é o que se pergunta a sociedade brasileira. E ainda mais porque nós estamos envelhecendo, quanto mais a gente envelhece, ainda bem para nós! (risos). Mas quanto mais envelhece, mais doenças vão acontecer, mais você vai precisar mais tecnologia, mais caro vai ficar! A gente tem uma Medicina muito de ponta, mas ela não dá para fazer para duzentos e dez milhões! Eu discuto isso muito, não só escuto isso, mas como discuto isso aqui, nós somos uma universidade pública, sob a nossa responsabilidade estão duzentos e dez milhões de pessoas! Para o sistema privado de saúde, a responsabilidade deles está por volta de quarenta milhões de pessoas. [...] é preciso ensinar a sociedade sobre o custo de todos esses alunos, os custos em torno desse sistema que ele faz parte, mas se não mudar como a sociedade olha o médico, vai ser muito difícil. Vai valorizar a tecnologia.*

### 4.2.4 Formação – relação médico-paciente

Os professores entrevistados, ao abordarem a Educação Médica e o que consideram importante que seja conquistado na formação, indicaram pontos como despertar nos alunos a conscientização da importância do SUS. Também comentaram sobre a importância dos modelos que os professores representam, a dificuldade de convencer alguns professores a irem às Unidades Básicas, entre outros.

A relação médico-paciente no SUS tem refletido a relação das elites com o povo brasileiro, aqueles que se formam médicos não conhecem a realidade e os contextos sociais envolvidos, ou mesmo conhecendo não querem atender nestes territórios, a estas pessoas. Querem atender aqueles que julgam como seus iguais.

> ***Professor D –*** *Agora como separar isso da própria cultura do nosso país, da relação que a elite tem com os pobres no país? A relação médico-paciente no SUS, muitas vezes, não tem como ser separada, não da relação do médico com o paciente, mas da relação que a elite brasileira tem com o povo brasileiro. Ela atravessa essa relação, se constitui entre nós a ideia de que algumas vidas são mais legítimas que as outras, que algumas vidas valem mais, outras valem menos, e isso atravessa de uma maneira inconsciente a prática médica, eu vejo isso.*

As tentativas de mudança, a começar pela formação, conforme as DCN, se estendem em novas metodologias de ensino e empenho na mudança de percepção das pessoas que buscam o atendimento. A relação entre médico e paciente também pode ser enfocada buscando a ênfase maior na Medicina Centrada na Pessoa a começar pela Educação Médica centrada no educando (STEWART et al., 2017). É perceptível no discurso deste aluno de 2º ano.

> ***Aluno J –*** *tempo é um fator importante. [...] Olhar para o paciente, não ficar só olhando para o prontuário, prestar atenção no que ele está falando. [...] Quando você está atendendo, não só perguntar da doença, mas perguntar da pessoa, como é a sua vida, onde vive, o que faz, como é a família. Isso é importante, [...] se tem dificuldades, alguém para ajudar, entender que ferramentas aquela pessoa dispõe para se cuidar, se tem familiar, se tem emprego, se tem possibilidades [...] são importantes. A coisa do contato com o paciente, é legal você cumprimentar, chamar pelo nome, coisas mais da sociedade, do contexto em que ele está inserido e deixar o paciente falar. O que me vem à cabeça primeiro é isso.*

A relação entre médico e paciente pode ser demonstrada de forma positiva e como modelo, por exemplo, na narração de um caso clínico, com a ênfase na Medicina centrada na pessoa. O cuidado na apresentação de um caso clínico. O modo de apresentar, a linguagem, as palavras usadas, as referências a pessoa ou a doença, o modelo de quem fala como fala entrega como age e como pensa.

> ***Professor D –*** *Se quer só trabalhar a ética, é trabalhar a sensibilidade nessa formação, porque o cuidado na apresentação do caso clínico, ele pode ser em si uma matéria-prima suficiente*

*para você pôr em discussão toda, por exemplo, a objetificação que a gente faz do paciente. O foco está no conhecimento técnico ou num diagnóstico. [...] Há um certo embrutecimento da própria percepção do aluno de que ele está se referindo a alguém que detém uma dignidade. E isso nos mínimos detalhes, o jeito de você discutir um caso à beira do leito, na frente do paciente. [...] Uma sensibilidade que envolve a formação, passa em primeiro lugar por trabalhar a sensibilidade dessa pessoa, [...] diante de certas situações dizer: "Não! Isso viola o princípio da dignidade do paciente eu não posso aceitar isso." E ao violar o paciente, viola a minha, entende? Eu não posso compactuar, eu não posso existir nesse espaço, eu não posso ficar indiferente á maneira como está se falando de um paciente aqui. [...]. Isso é um processo que se dá na formação médica, não necessariamente mal-intencionados [...] eu não estou pegando esses casos extremos de pessoas que de fato praticam uma moral acanalhada.*

Manter ou desenvolver a capacidade crítica, de exercício da consciência em que a formação o possibilite e incentive, perpassa as questões éticas da prática médica entendidas como inerentes a uma relação médico-paciente humanizada, retomando Schweller (2014). A liberdade de se manter ético, apesar do ambiente e das práticas vivenciadas.

***Professor D –*** *[...] porque há uma banalização, [...] que é um trabalho no plano da sensibilidade porque as pessoas precisam voltar a se chocarem. [...] Médicos que no trato com os pacientes, com colegas, com outras profissões são bons profissionais, profissionais éticos, mas que podem cometer um deslize desse*[31]*, porque há uma banalização. É... Vamos fazer isso com uma pessoa que politicamente vem sendo desumanizada na mídia, etc., e vamos fazer isso com outras figuras que encarnam essa desumanização, como pobres, entende?*

***Aluno J –*** *Nos encontros de estudantes de várias faculdades, eles falavam para mim que na faculdade deles não falavam muito de humanização, ou que os professores eram meio rudes, não tratavam adequadamente os pacientes. Tem também um livro muito bom, um ensaio sobre a Medicina Contemporânea. Ele é pesado nas críticas. A situação do Sistema de Saúde dos médicos em geral está ruim.*

O estudo de Schweller (2014), cujo título é: "O ensino de empatia[32] no curso de graduação em Medicina", recomenda que questões relacionadas com profissionalismo, tais

[31] Referindo-se ao caso de publicação de imagens e diagnóstico nas redes sociais.

[32] "O conceito de empatia contém um componente afetivo, a capacidade de se sensibilizar com as experiências do outro, e um componente cognitivo, a capacidade de entender o outro e comunicar esse entendimento, associada à intenção de ajudar [...] um conceito multidimensional, considerando seus componentes afetivo e cognitivo" (SCHWELLER, 2014, p. 23).

como a empatia, devem ser abordadas a partir do início do curso médico. Sugere que deva ser realizado um "ensino de empatia[33] e profissionalismo através de um eixo longitudinal ao longo de todo o curso" (p. 118), que deverá resultar em aumento destas habilidades. Refere que a relação médico-paciente obtém maior qualidade com a atitude empática do médico, a qual pode ser associada à satisfação do paciente e a uma melhor adesão ao tratamento.

Promover este entendimento de que é possível se colocar no lugar do outro, mantendo a própria identidade permitirá entender melhor o sofrimento de cada paciente, e com isso propor um atendimento que faça sentido para cada um, conforme a sua necessidade.

> ***Professor B –*** *O segredo está aí, eu acho que você está mostrando a valorização da empatia. O sistema não é só nosso, é no mundo inteiro. [...] Como a gente não consegue medir, a gente acha que ele não tem valor. Eu acho que esse instrumento de medida é um dos segredos. [...] O conhecimento técnico a gente faz prova e vê, conhecimento humanizado é exemplo. Eu acho que tem muito de ensino feito por exemplo. Quando você está atendendo um paciente lá no ambulatório, alguém está olhando, ou o seu paciente está olhando, eu falo para os alunos: quando você leva a sua mãe no médico, é a mesma coisa que o paciente que está aqui quer, o que você quer é o que ele quer, conhecimento você já tem, presta atenção no que ele está falando, ser um bom técnico, mas eu acho que a humanização tem essa junção e a empatia tem um pouco isso. Tanto que tem gente que não sabe nada de Medicina e é considerado um ótimo médico. É muito interessante! Área técnica é mais difícil, mas mesmo em área técnica, a gente que conhece bem, vê isso. Tem um pouco, não é um marketing, eu acho que a empatia não é marketing, nem enganação. É uma habilidade que é muito difícil de ser medida.*

> ***Professor C –*** *É preciso ver o professor atuando desta forma [humanizada], ver na prática. Agora depende de como professor lida com o paciente, tem que mostrar, não adianta falar. E como que o professor que dá aula disso atua com paciente? [...] É muito mais efetivo se você traz isso para a prática do médico. Que tenha um professor que realmente inclua isso na prática dele e ensine isso em prática. Se fica muito dissociado, ele acaba não acreditando que seja possível. Ele precisa ver acontecendo e para isso a gente precisa de professores que estejam antenados.*

---

[33] Em seu estudo, Schweller utilizou, para fazer a medida de empatia em estudantes, a "Escala Jefferson de Empatia Médica - Versão para Estudantes" (PARO et al., 2012).

Os relatos sinalizam a importância de adotar atitudes que mostrem para o aluno como a relação médico-paciente pode ser humanizada, trazendo novamente o professor como modelo do que é ser médico.

> ***Professor A –*** *Uma das questões que a gente discutia, era a questão de compaixão, de se colocar no lugar do outro, de tentar perceber que a relação médico-paciente não era uma relação de poder, mas sim uma relação dialógica. [...] Agora tudo isso teria de ter uma continuidade quando eles chegassem no profissionalizante, que aí a gente entende que é uma certa deformação. Estou dizendo isso, mas não é sou eu que digo isso! [...] Porque de fato a especialização vai criando uma certa carapaça para as questões sociais, para se sensibilizar com o sofrimento, com a situação muitas vezes de exclusão social.*

> ***Aluno K –*** *Na relação médico-paciente, eu acho que o natural é compaixão, que é primordial. Para você ser médico você, sempre vai estar envolvendo. [...] A gente ouve alguns médicos falarem que tem raiva do paciente, que estava no plantão, três da madrugada aparece paciente tossindo ou com febre, [...] isso é hora? [...] Fala que vai dar uma injeção só para sacanear o paciente. Eu acho que falta humanização na formação desse profissional! Porque se ele está lá três horas da manhã, não está lá para dormir, está lá para trabalhar! [...] Mas a gente vê barbaridades tipo o médico ficar dormindo esperando juntar trinta pacientes, daí ele vai lá e atende todos de uma vez. Não fica atendendo um por um, [...] também precisa entender porque a pessoa foi naquele horário. Uma vez eu fiquei com meu pai no hospital que é pronto-socorro, só aparecia paciente com bronquite. Porque de noite a pessoa vai ter bronquite [...] você vai tossir na hora que você está indo dormir. [...] Aparece paciente de madrugada, porque ele trabalhava no resto do dia, [...] chega lá numa situação desesperadora, a pessoa com dor de dente e chega de madrugada [...] acho que quando a pessoa tem raiva ou desprezo pelo paciente nessa situação, acho que é um problema realmente!*

Esse é um exemplo do que os alunos experimentam ou escutam como relatos. É relevante a consciência de que é necessária uma reformulação no processo de ensino e aprendizagem, mas que não é suficiente, pois a relação médico-paciente, como já indicado anteriormente, reproduz a relação das pessoas em sociedade.

> ***Professor D –*** *Acho que a gente tem que entender que isso é um movimento social mais amplo! Ao mesmo tempo que, claro, eu vejo mudanças no currículo, modo de se ensinar, de se trabalhar a formação, que podem impactar isso, embora pessoalmente, particularmente sou descrente das disciplinas especializadas em Humanidades [...]. Uma disciplina de Ética Médica, eu acho*

*que tem seu lugar. [...] O desafio na formação de um outro médico mais humanizada, ela não é tarefa apenas de um trabalho ético. Logicamente também de um trabalho político, onde é preciso questionar essas relações sociais mais amplas que se dão entre nós. Não é independente disso.*

As mudanças que estão ocorrendo na sociedade com as tecnologias de comunicação e informação podem ser notadas na formação dos alunos. A maneira de estudar, de consultar e obter informações está mais ágil quando todos têm acesso a bases e bibliotecas científicas virtuais para estudar e realizar suas pesquisas e isso é benéfico. Por outro lado, os professores têm enfrentado e precisam encontrar estratégias para lidar com a "internet no bolso do aluno".

***Professor B –*** *Eu queria só te falar uma coisa que eu acho que é interessante que a gente tem aí, o aluno. Uma coisa que se fala muito, "os alunos mudaram, os alunos mudaram, para mim já não são os mesmos". Eu falo: O aluno, ele não muda, ele é assim, lógico, ele tem a tecnologia no bolso dele. O professor hoje: quando eu estou dando aula, acho que um monte de aluno pega o telefone celular dele e começa a viajar pelo mundo. Eu estou competindo com isso. A minha aula tem que ser melhor do que a que ele tem, e não falar para ele desligar o celular. Eu tenho que ser melhor, [...] , mas o que ele quer do professor não mudou. [...], ele vem mais politizado, ele tem vários perfis, mas o que ele quer é alguém que dê atenção. Se você der atenção, ele dará reciprocidade, se você achar que você é um sábio, o aluno vai prestar atenção em você? Não! Ele tem o sábio lá na mão dele! O Google sabe mais do que você! Estudei ensino, a minha tese foi sobre ensino, cultura de ensino. Logo que surgiu CD, eu estudei o ensino de informática versus professor. Achavam que o professor ia acabar. Eu acho que o professor é o passador de informação maior. Na minha impressão vai ser bom, se ele ficar só passando informação, vai sumir! Agora, o que vai ficar, o professor do futuro é um passador de experiência. Na minha área o professor tem que passar experiência, eu estou ensinando a operar. Eu estou ensinando a lidar com paciente, eu tenho que passar experiência!*

## 4.3 Humanização

Conforme já apresentado, a humanização da Medicina como meta a ser alcançada, trata-se de um objetivo que mobiliza o próprio meio médico. Este processo de humanização pode ser parte integrante da construção de um sujeito sócio-histórico. É interessante que em muitos discursos se vê que está sendo cobrada do médico a humanização como um sinônimo de compaixão em relação ao doente, o menos favorecido.

Em alguns casos fica a questão que também se percebe nos relatos dos entrevistados. Como lidar com o outro, se esse outro, que não pertence ao seu grupo é por vezes uma ameaça? Principalmente se este outro se mostra agressivo e também reivindicador de atenção, cuidados e direitos? São extremos em que estão colocados o médico da Unidade Básica de Saúde e o paciente de uma grande metrópole como São Paulo, na qual coexistem diversas comunidades em uma sociedade que acentua cada vez mais as diferenças sociais.

Este médico, por sua vez, além de ter saído de uma realidade protegida enquanto estudante, se vê na prática sendo exigido por um sistema que lhe obriga atender um grande número de pacientes em um curto espaço de tempo. Exigência que ocorre tanto nos plantões, nos ambulatórios, nos postos de saúde e em hospitais públicos, quanto nas clínicas que atendem à Medicina conveniada. Na Medicina como mercadoria, prestação de serviço coisificada, em que o profissional médico também está para servir aos interesses do capital, não há espaço para o sujeito. Os entrevistados fazem considerações sobre um sistema desumanizado em que estão inseridos tanto os que dele dependem para tratar a saúde, quanto os que dele dependem para garantir seu sustento. É necessária a humanização da saúde, da mesma maneira que a humanização de toda uma sociedade doente.

Mario de Marco et al. (2013) ao trazerem para discussão o que é humanização, referem que não se trata de algo simples ou que esteja posto a partir de premissa de que somos humanos, portanto humanizados. Seria banalizar uma tarefa complexa e que passa pela construção de um sujeito construído histórica e culturalmente, processo em que a comunicação e a relação são essenciais, visto que o ser humano é um sujeito relacional.

A formação do docente para ministrar as aulas de Humanidades também foi apontada por alunos como um aspecto a ser considerado melhor.

> ***Aluno G –*** *São muitas vezes dadas por médicos que não tem uma formação humanística muito boa e muitas vezes é um médico que tem interesse em humanidades, ele é um bem-intencionado, pessoa mais aberta para esses assuntos, mas ele não tem uma formação específica, fica uma coisa meio etérea. [...] Essas disciplinas acabam sendo pouco atrativas. Não culpo completamente nós alunos, não somos completamente culpados por dar menos prestígio para essas disciplinas porque elas são muitas vezes aquém do que se espera, muito embora acredito que sejam importantes, mesmo sendo assim é necessário que elas existam.*

Já na opinião do aluno K, a questão principal está no fato dos alunos não gostarem das disciplinas de Humanidades.

***Aluno K –*** *Eu acho que os professores não são ruins, mas não que eles sejam os melhores do mundo, mas eu não acho que seja esse o problema, a maioria [alunos] não gosta do conteúdo, nem das aulas. E não gostam de Educação e Comunicação em Saúde, eu também não adoro, mas a maioria acha que nem deveria ter, que deveria extinguir isso, é eu acho que poderia melhorar muito a aula. E a Psicologia Médica também o pessoal não gosta, acham que é irrelevante se discutir isso. É pouca gente que gosta e menos ainda que se interessa pelo assunto, em torno de 20%.*

### 4.3.1 Humanização - modelo do professor

Já estivemos apresentando, ao longo do texto, a importância do professor como modelo na experiência da relação médico-paciente, como fundamental para uma Medicina mais humanizada. Nas considerações sobre humanização, há ponderações de docentes e de alunos.

O aluno K ao dar sua opinião fala de paradoxos que ele identifica nos programas de saúde e nos discursos e comportamentos de professores. Ao referir-se ao médico de família de antigamente faz uma análise crítica.

> ***Aluno K –*** *Antes, o médico, acho que era muito mais humano. Isso que se fala hoje é basicamente o médico da família que a gente tinha antigamente, mas eu acho que é a democratização e a popularização. Quem que se valia desse antigo médico da família? Eram pouquíssimos. O médico da família de comunidade agora é praticamente para todas as pessoas que não tinham acesso ao médico da família de antigamente. Porque o Programa de Saúde da Família basicamente é para algumas regiões mais vulneráveis. [...] Professores mais antigos, às vezes eles tem uma visão preconceituosa, homofóbica, machista ou alguma coisa assim, mas é até paradoxal, porque são pessoas muito humanas no trato com o paciente! Acho que fica essa questão, a cultura é assim, mas são médicos humanos. Tem um professor aqui, uma coisa fantástica, ele conhecia o paciente perfeitamente, uma visão integral da pessoa. Sabia da história, é essa figura que eu me espelho! Quando eu for professor, eu vou fazer isso. E eu tenho vontade de ser professor. [...] Eu acho que isso reflete um pouco de humanização.*

Um aluno de 2º ano considera importante com respeitar os sentimentos da pessoa e o que ela pensa, como condição de prática humanizada. De acordo com Simões (2013) a relação entre o estudante de medicina e o paciente deve ir além do técnico formal, é uma relação humana, que envolve respeito, responsabilidade e vínculo. O estudante de Medicina precisa ser atencioso e sempre levar em conta as queixas do paciente, valorizando-as. Como base do humanismo da profissão, considera o sentimento de compaixão que deve acompanhar tanto os professores quanto os alunos no exercício de sua profissão, sendo este o remédio mais barato e eficiente.

> ***Aluno J –*** *Sinto que tem duas coisas importantes na humanização. Uma é obviamente respeitar os sentimentos da pessoa, o ser humano tem seus sentimentos, não é um robô, não ser frio, não buscar só um exame, mas também é importante a parte racional o que a pessoa pensa. [...] O que pensa dessa situação? Não é só o que ela sente também o que ela pensa. [...] O médico*

*distante, indiferente não quer formar vínculo, não quer ter um paciente, ele quer ter um caso que resolve. [...] Humaniza SUS, a Unidade Básica de Saúde, do Médico da Família é onde tem contato com a comunidade, contato com a família, não só tipo quando o paciente traz uma doença, eu acho que isso daí é o caminho da evolução na Medicina, trazer de volta o médico para perto da comunidade, para perto da família e não um médico que só trata a doença.*

Para que haja esta mudança, na opinião do aluno H que está prestes a se formar a mudança precisa ser estrutural e envolveria a sociedade de forma ampla.

***Aluno H –*** *Para transformar a formação médica e a prática clínica, a gente precisa de mudanças estruturais do sistema de saúde e do próprio perfil das pessoas que praticam a Medicina e os outros tipos de atendimento clínico, também todos os profissionais de saúde. Se isso significaria tornar o atendimento mais humano, não sei [...] O que a gente percebe é que uma humanização fora de uma transformação estrutural é só uma maquiagem jurídica e uma forma de limpar a consciência dessas pessoas. [...] A obstetrícia é algo que está na base da exploração do corpo feminino. [...] Nem o profissional de saúde mais bem-intencionado vai ser capaz de transformar essa prática, nenhuma uma equipe inteira bem-intencionada vai ser capaz. E você vê isso em talvez menor intensidade, mas em todas as outras formas de atendimento.*

Aqui há uma crítica social bem contundente. Neste sistema, a saúde é uma mercadoria, que independente das políticas públicas e reformas do sistema de saúde, é monopolizada por um mercado cujos interesses visam ao lucro. Estes alunos comentam suas percepções a este respeito.

***Aluno H –*** *O fato de você ter colocado a lógica de mercado em todas as partes do atendimento e você tem interesse de indústria farmacêutica por trás de cada estudo e por trás de cada médico professor. [...] Uma equipe inteira adestrada em humanização dentro de um serviço não vai resolver o problema que é estrutural, que é material, que é o dinheiro, [...] Acho que o problema não são as pessoas. Da reforma sanitária ter se dado e estar na constituição e ter a lei do SUS, [...] o que importa é como isso se encaixa na lógica das entidades que se propõe a vender saúde como uma mercadoria e, portanto, negar o direito à saúde para que exista essa mercadoria circulando [...] não importa o que esteja escrito.*

***Aluno J –*** *Um professor de Medicina na faculdade conta o caso de uma paciente que estava super mal, quase morrendo e eles continuavam fazendo o procedimento, na UTI, tentava sempre*

*trazer ela de volta, reanimar. [...] Acho curioso que a faculdade tem uma incomodação com o deixar morrer. [...] Não estava cuidando daquela paciente e tudo o que eu fiz foi prolongar o sofrimento. [...] Ela continua na UTI. [...] Sendo bem crítico, percebi que só estava gerando dinheiro para a indústria que faz exame, que faz soro. [...] Eu me transformei naquele porco com aquela pessoa, num gerador de consumidor de alguma forma.*

***Aluno H –*** *A gente faz intervenções até o último momento, a gente não aborda paliação com a família, nem de idoso, nem de criança. [...] Tem muitas crianças que têm problemas congênitos de paralisia cerebral, por exemplo, e a gente fica amassando aquela carne por anos, como um todo. [...] Evita falar de ortotanásia*[34] *que seria não fazer intervenções. É você deixar a pessoa morrer, não intervir, deixar que ela siga o curso natural, sem intervenções que vão causar mais efeito colateral, só aliviando sintomas. A gente basicamente não vê isso na graduação.*

Retomando Adorno (1995a) é um desafio ser um sujeito crítico em uma sociedade que premia a forma de pensar aprisionada em conceitos que se fecham sobre si mesmos, no sentido de colaborar com a manutenção do *status quo*. A reprodução do que já está posto no sentido de manutenção de um sistema capitalista. O indivíduo usa de uma racionalidade que se tornou irracional. Adorno (1995b) comenta que o que está sendo perdido é a força da consciência, da racionalidade como características do sujeito.

Com relação a consciência e racionalidade, comenta Crochík (2007) que a ideologia atual perdeu a sua racionalidade, está constituída de mentiras, as quais nem sequer mais são veladas, estão manifestas. Já não há um véu que a recobre, prevalece uma "consciência contraditória" (p. 188) em que "a má consciência já está instalada", e a adesão à mentira manifesta se dá por uma questão objetiva de estar inserido.

E assim mantendo a reprodução de um sistema, no "ir levando" que "se torna a justificação da cega permanência do sistema, ou melhor, de sua imutabilidade", indicam Horkheimer e Adorno (2011, p. 47). Isso imprime a condição de permanência da ordem estabelecida, em que tudo pode se tornar mercadoria.

Embora seja uma visão parcial e particular do sistema de saúde, tem um certo fundamento discutir a lógica de mercado como um dos fatores que servem de entrave a uma mudança na cultura da formação e da prática médica. Uma das questões já discutidas é o perfil

---

[34] Ortotanásia: morte natural, normal, *fig.* boa morte, supositivamente sem sofrimento; *med*: suspensão do tratamento que mantém vivo artificialmente um paciente sem cura ou em estado terminal (HOUAISS, 2018).

socioeconômico dos estudantes e médicos que já apresenta alguma mudança, mas ainda muito insipiente.

Uma das discussões que se coloca é a influência da formação tecnicista no perfil do futuro médico, assim como os modelos com os quais eles têm contato e lhes servem de referência.

Cutolo e Delizoicov (2003) abordam a questão de humanização em contraposição ao tecnicismo e afirmam que

> A supervalorização da tecnologia ocorrida na Medicina aproximou o paciente das máquinas e o afastou dos médicos. A anamnese e o exame físico têm sido gradativamente substituídos pelo procedimento. Os procedimentos, por sua vez, tornam o ato médico caro e excluem grande parcela da população. A formação humanista é deficiente, sendo a ênfase predominantemente tecnocêntrica (p. 25).

Arcoverde (2004) indica o currículo oculto como um dos responsáveis pela mudança no aluno de Medicina de uma representação idealista e humanista da profissão médica, para uma representação tecnicista-cientificista. Atribui essa mudança a uma tendência de fazer opção precoce de especialização. Faz uma reflexão sobre a influência de Flexner[35], "como inaugurador do modelo sistematizador, segmentado, organicista e tecnicista de educação médica" (p. 12).

Por sua vez, Rios (2010) atribui a formação a característica tecnicista, sendo essa uma das causas responsáveis pela dificuldade na relação afetiva. O aluno estaria focado na aquisição de competências técnico-científicas.

A narrativa de alguns professores evoca o tecnicismo como um dos fatores da falta de visão humanista, ou pelo menos que contribui para isso durante a formação, em que o aluno vai perdendo a sua capacidade de compaixão, mas nem todos atribuem uma relação direta entre ambos.

> ***Professor A –*** *Isso é uma outra discussão que tem um certo preconceito, quando se fala em humanização, [...] Como humanização? A Medicina tem que ser humanizada, não estamos tratando com bicho! Mas, [...] a forma como a Medicina foi evoluindo, mediada por essa tecnologia de ponta, pelos interesses da indústria farmacêutica, ela foi se tornando muito tecnicista, muito fria, na relação interpessoal, intersubjetiva, apesar de terem Psicologia Médica, Psiquiatria [...] a gente percebe que esse tecnicismo acaba predominando. [...] dentro da escola médica, isso não é uma coisa tão simples assim! Partindo do 5º, 6º ano é aquela coisa muito centrada, tecnicista, de muita especialização.*

[35] O relatório Flexner, realizado por Abraham Flexner em 1910.

Será o tecnicismo responsável pela desumanização? Ou a evolução tecnológica é apenas mais um componente das mudanças na relação médico paciente, e esta sim está alterada, por motivos diversos. Um dos aspectos que já foi levantado é a forma como as experiências dos docentes vão se dando muitas vezes, sem acompanhamento nem acolhimento para as questões emocionais que são suscitadas em cada um, que são as implicações do currículo oculto, já citado, que também esconde o sofrimento dos alunos e falta de apoio, acolhimento e orientação para com eles.

A disciplina de Psicologia Médica é incluída na grade, em alguns cursos desde o início do curso. Na percepção deste aluno, conforme sua narrativa, com a finalidade de também atender a demanda de apoio psicológico dos próprios alunos.

> ***Aluno K –*** *A gente tem no 1º ano, Psicologia Médica, que é que aborda vários temas, tinha vários problemas psicológicos, alunos, depressão e eles resolveram colocar uma disciplina de Psicologia para amparar e preparar os alunos. Trata de relação médico-paciente, mas trata do estudante de Medicina, nem tanto do médico. É interessante, tem uma que até ele falava das feridas que o médico carrega, que o estudante carrega! [...] Falava da relação médico paciente e da mudança do perfil, que antes era um médico que sabe tudo, o paciente que não sabe nada. [...] e hoje está mais horizontal, o paciente já chega com muitas informações e não adianta você ficar querendo ser arrogante com o paciente, nem pode.*

A relação médico-paciente pode ser reveladora quanto às feridas de ambos. Por vezes a postura tecnicista tem sido justificada como uma forma de não se envolver com o paciente para poder realizar seu trabalho. Percebeu-se em alguns momentos a justificativa da perda da visão humanista, que ocorre ao longo da formação, se deve a ampliação do uso da tecnologia, trazendo uma visão dicotômica entre humanização e tecnicismo. Esta visão, da forma que muitas vezes é colocada, pode levar a um entendimento equivocado. Médicos altamente capacitados tecnicamente podem ter desenvolvidas competências relacionais, não são impeditivos, mas habilidades necessárias, além de desejáveis em um bom atendimento de paciente.

> ***Professor D –*** *Há uma dicotomia que costuma se estabelecer que eu acho questionável! Que é dizer que o médico se desumanizou porque a Medicina adotou um caminho tão tecnicista, de tanta intensidade tecnológica, que o humano foi desaparecendo. [...] Isso é uma falsa dicotomia. [...] Nos cria uma cilada. [...] Seria crer que para eu reumanizar o Médico, ele vai ter que se desvencilhar das tecnologias e do conhecimento que ele detém hoje. [...] Que ele seja*

*alguém de fato perito na sua profissão [...] nada que impede de acessar a dimensão humana da sua prática ao contrário. Ele inclusive que busca a perícia da excelência técnica, ele tem que também perceber aquilo como o melhor que ele está procurando fazer pelo seu paciente. Não existe essa oposição. [...] Médicos extremante capazes, mas que entendam que a sua alta capacitação também inclui competências, que são competências relacionais.*

Ainda há uma outra discussão sobre que tipo de humanização está-se tratando, Marco et al. (2013, p. 686) abordam que a humanização pode ser ou "verdadeira'' ou "implantada". "Na humanização 'verdadeira', os preceitos morais serão incorporados através de uma matriz vivencial, e não como submissão a uma autoridade". Uma atitude polida, interessada e respeitosa com o outro, pode ser um simulacro, não de fato uma construção, mas a aquisição de comportamentos pré-moldados, por imposição pura e simples das expectativas sociais.

> Quando isto ocorre, o resultado é uma personalidade estruturada com base nos papéis e expectativas sociais, mas desligada de uma base profunda que permitiria ao indivíduo construir condutas morais a partir da vivência e elaboração dos conflitos entre emoções "egoístas" e emoções socialmente orientadas (MARCO et al., 2013, p. 686).

O resultado será um sujeito com uma humanização superficial traduzida em polidez e simulacro de interesse e respeito pelo outro. Isso pode aparecer quando a humanização fica identificada com um protocolo de acolhimento e boa educação, podendo ser confundido também com o médico "bonzinho". Existe um protocolo de boa educação, do que é aconselhável fazer ao atender um paciente, mas não é necessariamente um atendimento humanizado, vai além de cumprimentar e ter postura adequada e respeitosa.

***Professor B –*** *Eu acho que a gente tem que treinar as pessoas, aí vai o lado humanístico! A gente tem que treinar as pessoas para entender o que o paciente quer. Não só porque a gente quer ficar dando diagnósticos. Os pacientes gostam de saber, ele é mais simplista, ele quer uma coisa mais na ponta. Aí entra também tanto o charlatão como o ignorante. Como oitenta por cento das doenças curam sozinhas, é fácil fazer sucesso para os oitenta por cento. É só ser bonzinho.*

***Aluno J –*** *É humanização perceber como grupos diferentes têm necessidades diferentes, não é só é exame igual para todo mundo, não é só sintoma, o contexto da pessoa faz diferença, tem determinações sociais da forma como a pessoa adoece.*

> ***Professor C –*** *Eu acho que qualquer relação de médico-usuário, médico-paciente, profissional-usuário, ela é em essência humanizada. O que a gente pode fazer é aprimorar esse aspecto. E aí são várias variáveis, desde coisas que fazem parte da comunicação não verbal, cumprimentar o paciente, olhar nos olhos, estar vestido adequadamente, preparar um ambiente, um ambiente a se adequar, e aí até a parte da entrevista clínica. Eu acho que a entrevista clínica deve ser centrada, porque é meu referencial da entrevista é do método clínico centrado na pessoa. É realmente tentar equilibrar a parte técnica que é importante. O médico sem técnica não é médico, mas ao mesmo tempo, ele tem que ter a parte da compreensão de quem é a pessoa que está ali, a pessoa como um todo. Quais são as expectativas, as ideias, os sentimentos, qual é o contexto familiar, o contexto cultural, a decisão do plano de cuidado compartilhado, são vários elementos que eu colocaria no pacote da humanização. No ponto de vista clínico, a humanização se reflete dessa maneira.*

O professor C traz o referencial do Método Clínico Centrado na Pessoa, saindo da posição tradicional da centralidade da figura do médico, do saber médico, para começar a ouvir a pessoa que o procura, como um ser integral. É preciso que o médico empodere a pessoa e renuncie ao tradicional controle que detém sem, contudo, renunciar ao saber técnico-científico (STEWART et al., 2017).

Seguir um protocolo de ser gentil, conversar com o paciente, dizer o seu nome, é sem dúvida um bom início para um atendimento humanizado. Entende-se, contudo, que a humanização é uma construção que vai além de procedimentos adequados de relacionamento com o paciente. A crítica do aluno H traz uma visão extrema de que seria uma banalização do termo humanização e da sua prática, com vistas apenas a se livrar de cobranças.

> ***Aluno H –*** *Humanização virou uma forma fácil de se livrar da cobrança. O termo humanização parece partir do pressuposto de que a prática médica não é humana. Ela é bem humana e falha, assim como se espera de um ser humano. [...] Essa conversa de humanização, principalmente os médicos aqui da faculdade, falam como se houvesse um pequeno protocolo que você pudesse aplicar na sua prática e evitar o conflito numa interação com o paciente [...].*

Com relação ao poder médico, o depoimento de um aluno refere que ele não acredita nesta mudança que está sendo proposta pelas DCN e projetos pedagógicos dos cursos de formação em Medicina.

***Aluno H –*** *A prática médica que eu vejo hoje, é uma forma de reserva de poder. Você vê que em todos os cursos da Saúde, você tem uma lógica de cuidado [...] menos na Medicina. [...] É a respeito de dominação. É uma forma de ter o controle [...]. Os médicos se reservam basicamente todos os procedimentos e isso até atravanca o sistema de saúde. [...] E a nossa formação é o reflexo disso. Ninguém fala sobre isso abertamente, mas no fim das contas é isso. A gente tem um vocabulário inteiro para alienar o paciente do processo de adoecimento dele, e a gente aprende desde o início, não explicitamente, mas a gente aprende a preservar os nossos privilégios e isso é ser conservador. Não tem nada a ver com ciência também, [...] são formados os vínculos profissionais que levam até os mais altos escalões aqui dentro dessa universidade. É e para se manter essa visão, para se manter esse poder, a gente não pode questionar esse perfil que se tem, e aí entra a misoginia e a homofobia, porque senão o que vai restar a essas pessoas se elas não tiverem mais os rituais masculinos dela para criar vínculos profissionais? Elas vão ter que se basear no mérito acadêmico. Os poderes delas estariam ameaçados, elas não teriam mais a capacidade de escolher seus sucessores, isso seria democracia na universidade. [...]*

Ouvindo os alunos sobre o que eles entendem por humanização, por vezes parece algo difícil de ser alcançado, mesmo porque ainda não há muita clareza do que seja esta prática humanizadora. A palavra empatia e empatizar tem sido muito usada como um princípio fundamental, mas que ainda não é bem compreendido como se pode observar nos depoimentos de professor e alunos.

***Aluno G –*** *Eu acho que humanização é, na sua característica plena, é coisa difícil de ser atingida. Porque eu acho que ela envolve uma empatia, todo mundo fala em empatia, mas na prática é muito difícil ter empatia. Por exemplo, um indivíduo que veio de uma classe social mais abastada, muito dificilmente vai conseguir ter uma empatia eficaz com alguém que tem uma realidade social completamente diferente. Ele não sabe o que o que é passar fome, o que é não ter acesso a transporte, o que é não ter acesso à educação, o que é não entender seu próprio corpo. É uma barreira social de formação individual muito grande. Até acho que é possível, mas você tem que ter uma capacidade peculiar de empatizar por esses caras! Que empatia é se colocar no lugar do outro, mas para isso, você tem que entender o que aquela pessoa pensa, qual que é o processo de vida dela, eu acho muito difícil. Então a humanização para mim, envolve empatia que é difícil de ser atingida plenamente para mim. Acho que a gente tem que fazer esse exercício sempre, mas reconhecer que a gente tem limitações nesse processo e tentar sobrepor essas barreiras. Mas na prática, humanização não é só isso, ela vai desde o acolhimento, do serviço, do modo como você fala com paciente, de não fazer assédio moral, de*

*não ficar repreendendo o paciente por visões dele. Que são coisas que acontecem, às vezes. Eu acho que humanização tem uma coisa espectral muito grande. Muito embora a palavra humanização é usada de modo meio banal. Dar um sorriso e dar um toque acolhedor é a humanização? Não! Eu acho que humanização não é só isso.*

***Aluno K –*** *Envolve as relações humanas, o sentimento tanto do profissional quanto do paciente [...] humanização é como você aborda o paciente. [...] tendo a compreensão social da Medicina, a compreensão do sistema. [...] melhor forma de você ter humanização seria integrado com as outras disciplinas. Mas eu acho que a maioria dos professores com uma visão tão fechada, que eu acho que não daria. Você vai lá na Clínica Geral e o professor da Clínica Geral vai te ensinar a ser mais humano, eu acho que primeiro teria que humanizar ele! Eu acho que por isso não pode ser ou todos os professores eles não têm condições [...]. Mas também não são todos professores que são desse jeito. Tem muito professor que você vê, tipo é fantástico! Assim, você tem vontade de ter uma consulta com ele. Acho que Clínica Geral ou Medicina de Família de Comunidade são os mais humanizados.*

A narrativa do professor D aborda a necessidade de que sejam reunidos o êxito técnico e o sucesso prático, categorias definidas por Ayres (2007), igualmente necessárias para uma saúde humanizadora.

***Professor D –*** *Eu vou simplificar usando duas categorias, do Ayres, que eu acho brilhante para tratar dessa questão. "Os médicos, eles estariam muito mais orientados pelo êxito técnico do que pelo sucesso prático." [...] O que seria o sucesso prático? E o que é o êxito técnico? O êxito técnico é o seguinte: eu fiz o diagnóstico correto, eu dei um remédio certo e, e o paciente curou. Vamos dizer, é achar que a minha tarefa como médico está restrito ao bom uso do conhecimento, das tecnologias, fazer as intervenções corretas e obter o resultado pré-definido pelo saber médico, mas a gente vê que na prática o êxito técnico nem sempre se faz acompanhar do sucesso prático. Ou seja, nem sempre a intervenção médica foi na direção do projeto de felicidade das pessoas.*

Ayres (2007), em seu trabalho dedicado a humanidades e Medicina, propõe uma reconstrução das práticas de saúde, em que a atenção esteja nos sujeitos, tanto os cuidadores quanto os que são cuidados. Essa reconstrução que denominou como humanizadora das práticas de saúde implica que "profissionais, serviços, programas e políticas de saúde estejam mais sensíveis e responsivos ao sucesso prático de suas ações, isto é, que orientem a busca de êxito

técnico de suas intervenções na direção apontada pelos projetos de felicidade dos destinatários de suas ações" (p. 57).

Ayres criou as categorias "êxito técnico" e "sucesso prático", e o projeto de felicidade reúne necessariamente as duas categorias, pois implica em dominar os saberes tecnocientíficos, considerando os saberes das ciências humanas de modo que o paciente seja recuperado como sujeito, haja mais sensibilidade em ouvir e entender o significado da doença e da cura para o paciente (AYRES, 2014).

Em vez de olhar apenas para a doença, o olhar deve estar igualmente dirigido à saúde, não como a negação da doença, mas como um objetivo buscado pelo paciente. O conceito de saúde precisa ser positivado, assim poderá haver uma mudança nas práticas e maior sintonia entre os profissionais de saúde, a começar pelo médico, para que possa efetivamente trabalhar em conjunto buscando o bem-estar do paciente.

Em sua análise, Ayres (2014) destaca a importância da preocupação com o bem-estar e a felicidade do paciente, além da importância de sempre buscar o sucesso da intervenção. A boa comunicação entre os profissionais da equipe se torna cada vez mais necessária para o bom atendimento, e mesmo para uma boa qualidade de trabalho do ponto de vista do trabalhador de saúde. Para que haja uma proximidade de fato, a comunicação de qualidade é necessária.

> ***Professor D –*** *[...] envolve uma arte da conversa [...] ainda é tratada como um algo mais, como uma dimensão acessória da profissão médica. Não! Acho que o que é fundamental, o que é bom é a gente fazer ele entender que se integra a sua perícia técnica e a sua excelência profissional ser um profissional que seja um verdadeiro artesão do encontro e um artista da conversa. Alguém que saiba escutar, se comunicar, estabelecer uma relação não violenta com as pessoas é, sem nenhuma dicotomia, sem colocar isso como algo que diferencia médicos especiais. Não! Isso é um atributo básico da profissão e a gente tem que trazer isso para formação.*

A Medicina, o estudo da literatura e o uso da arte da narrativa tem sido destacada por alguns professores como importante no desenvolvimento da sensibilidade do aluno. Citando a experiência da Medicina Narrativa da professora Rita Charon[36], e as implicações na apresentação de um caso clínico.

---

[36] A Medicina Narrativa é uma prática clínica fortificada pela capacidade de sabermos o que fazer com as histórias. Não substitui nada daquilo que os clínicos fazem, mas é fortalecida pela compreensão das consequências que têm as histórias que nos são contadas. Aprendemos a habitá-las, a captar toda a evidência que essas histórias nos oferecem e a comovermo-nos com elas o que é muitas vezes esquecido e a agir perante aquilo que aprendemos (CHARON, 2010).

> ***Professor D –*** *Medicina baseada em narrativas [...] vão discutir grandes textos da literatura. Isso é importante para a formação do médico, primeiro porque é formação humanística. É ampliar o espectro da sensibilidade dele. É entender o lugar da narrativa na construção da experiência do ser médico. [...] Que [o aluno] conte o que se passou, uma experiência de campo, que narre o que se passou e o que sentiu; o que isso lhe fez pensar. [...] A gente dá os critérios da nota na narrativa. Se só contou o que aconteceu, você vai tirar X! Se você contar o que aconteceu e mais o que você sentiu XX, o que você refletiu, o que aquilo te fez pensar? [...] O que se está querendo é que na busca de ter uma boa nota, ele se convoque a se pôr em situação. [...] A gente tem que a trabalhar sensibilidade do aluno para que ele não naturalize certas coisas.*

Alguns professores indicaram a violência nas relações que ocorrem dentro dos hospitais, com a qual os alunos entram em contato na época dos estágios, em especial do Internato, mas que se perpetuam para além da graduação e acontecem durante a especialização, na Residência médica.

> ***Professor D –*** *Os quatro anos finais da faculdade, eles vão se inserir no complexo hospitalar, onde prevalece uma cultura de muita violência circulando nas relações. A profissão médica tem uma outra dimensão, não estou focando na relação com o paciente é que não tem também como ser excluída, que é a relação dessa profissão com as outras profissões da Saúde. A hierarquia, o não reconhecimento.*

Uma das questões em relação ao hospital também diz respeito a cultura médica e a autoridade do médico. Do ponto de vista da aprendizagem ainda há muito que mudar em Educação Médica, envolvendo aspectos como ensinar utilizando as metodologias ativas. Em alguns ambientes de ensino na área médica, em especial nos hospitais, onde se dá a maior parte do aprendizado prático dos estudantes, infelizmente ainda existe o ensino por exposição dos alunos. Rios e Schraiber (2012), em seus apontamentos, durante a observação da relação entre professor-aluno em uma aula prática em hospital, indicaram o quanto ainda é mantida a cultura do professor detentor de todo o saber frente ao aluno incapaz. Destaca-se um trecho: “a exposição pública das insuficiências dos alunos frente ao poderoso saber do professor era mais uma vez evidente, usando a humilhação como estratégia de ensino-aprendizagem, em uma verdadeira ‘pedagogia do medo’”, usando uma expressão freiriana (p. 313).

As autoras destacam a necessidade de mudanças culturais e didático-pedagógicas nas escolas médicas. Sinalizam também que esta mudança de cultura nas instituições médicas precisa enfatizar a ética e os direitos, em que haja a plena conscientização do professor de seu papel de formador do aluno, enquanto modelo de ser médico, incluindo a formação humanística, "consolidando os ensinamentos das Humanidades no fazer clínico" (RIOS; SCHRAIBER, 2012, p. 314). Não existe um único caminho para que se alcance este objetivo, mas sim uma ação ampla e conjunta, com o que o professor D concorda:

> ***Professor D –*** *Eu não veria nenhum como "o" caminho, mas eu acho que é uma multiplicidade de perspectivas combinadas sabendo que por um bom tempo, sendo otimista a gente vai remar contra uma maré, porque ele se insere em instituições que são instituições em que estão muito cristalizadas essas relações.*

Esta cultura do medo na forma de aprendizagem se estende para além do Internato e dentro do hospital os residentes vão passar pelo mesmo tratamento violento, seguindo uma hierarquia que vai dos residentes de 1º ano (R1), passa pelos de 2º e 3º anos (R2 e R3), tendo a autoridade maior no preceptor, ou médico assistente, conforme comenta o professor.

> ***Professor D –*** *Que vem sendo questionado aqui dentro na esteira das denúncias, da violência institucional, também começaram a questionar esse tipo de relação do R3, do R2, do R1 com interno. E o R3 apanhando do assistente. E vamos dizer, é uma cadeia de violência que vai se perpetuando e destruindo a sensibilidade das pessoas e sua capacidade de se indignar com o que deve nos indignar.*

De acordo com o aluno G, essa cultura de hierarquia e punição que existe no hospital também é responsável pela manutenção da cultura do trote na faculdade.

> ***Aluno G –*** *A ideia é assim: R+ que dá bronca no R- repetidamente, o assistente dá bronca no R+. Tem meio que uma cadeia assim. Essa cadeia se repete na graduação, no 6º ano, no 5º ano, no 4º. O calouro está na base dessa cadeia. Isso é uma forma de perpetuar algo maléfico que é o assédio moral, o abuso no trabalho, num ambiente médico.*

Utilizar Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem (Maea) é uma das maneiras de se alterar esta cultura, apresentando desde os primeiros semestres da graduação uma visão humanista da Medicina. A escolha de cada metodologia a ser aplicada dependerá do objetivo

que se queira alcançar com este processo. As estratégias pedagógicas adotadas, a problematização do que é vivido e apresentado, devem permitir que o estudante saia do lugar de observador, depositário e consumidor para passar a ser um protagonista na construção de seu próprio conhecimento (BATISTA, QUINTELLA; BATISTA, 2015).

### 4.4 Trabalho – a Medicina é um trabalho

A sociedade, em seu processo civilizatório, estabeleceu as relações entre os indivíduos pautadas em dominação e opressão, proibição e organização, trabalho e produção, e neste meio tanto os que trabalham quanto os que dominam estão sujeitos a mesma práxis.

Professores que se formaram como especialistas nas partes estão orientando estudantes que devem ser formados com visão do todo, um "promotor da saúde integral". Comentam Gomes e Rego (2014) que, além disso, o mercado de trabalho e os próprios profissionais médicos: "atribuem diferentes valores às formas de trabalho médico e às diversas especialidades: as práticas especializadas têm maior prestígio que as gerais, inclusive econômica e socialmente" (p. 28).

A formação do médico generalista é uma prioridade das DCN (2014), mas existe na prática e na cultura médica uma grande valorização das especialidades. A Residência médica é considerada a especialização "ouro" da Medicina e objetivo dos estudantes de Medicina ao se formarem. Como não há vaga para todos nos grandes hospitais que oferecem a Residência médica em especialidades, essas vagas são concorridas e a prova é bastante difícil.

> ***Professor B –*** *Eu formo, eu dou todo o curso formando generalista. Ele vai fazer uma prova de Residência no fim do curso. Na prova de Residência, eu ponho questões ultra, ultra especializadas. O que eu falo para ele? É objeto do desejo de qualquer estudante Medicina ser um residente. Se a prova de Residência disser que ele precisa de coisas especializadas, eu posso ficar seis anos ensinando o básico, que ele vai estar com cabeça focada no especializado, porque ele quando acaba o sexto ano, ele não acaba o sexto ano focado em atender pacientes, ele acaba o 6º ano focado em fazer uma prova de Residência e passar.*

Considerando a prova do Cremesp, o conteúdo é mais especializado e técnico do que generalista e humanizado, refere o aluno K.

***Aluno K –*** *O professor que está disposto a fazer humanização, já está numa disciplina de humanização. Mas de modo geral eu sinto uma tendência para o tecnicismo. Falando das Diretrizes Curriculares Nacionais que tendem para essa humanização. Mas tem outras coisas, que embora pareça que seja o momento de aumento da humanização, eu acho que já está no momento de declínio de humanização, porque eu acho que tem outros fatores que vão puxar para voltar a ser tecnicista. Eu enxergo isso pela prova que o Cremesp quer fazer aqui em São Paulo. [...] O coordenador falou que a prova vai ser eminentemente técnica cognitiva, não vai cair Saúde Coletiva, nem matéria de humanização nem nada. Ele nem usou a palavra técnica, como ele falou cognitivo para mim é pior ainda... [...] Acho que é uma coisa mais nebulosa a questão de educação, comunicação e saúde, mas Saúde Coletiva para mim é puramente cognitivo. E as outras também são, a gente não fica lá na aula dançando, [...] aquela prova não vai avaliar isso se não der essas disciplinas, se der mais das disciplinas que eles cobram e se o aluno vai melhor, e você vai ser melhor classificado.*

O foco na especialização é muito presente na formação médica, em especial em grandes universidades que tem esta tradição no ensino. Os alunos fazem ponderações a respeito do foco na formação de especialistas.

***Aluno J –*** *Faz sentido se eu faço só uma coisa, vou ser muito bom naquela coisa [...] Tudo bem, mas quantos especialistas precisa? Médicos vão para as especialidades que dão mais dinheiro, mas quantos neurocirurgiões o Brasil precisa?*

A busca pelo trabalho em hospitais de ponta, em especializações, continua sendo uma demanda dos alunos na visão dos professores. Em seu relato o professor A indica que os alunos estão voltados para uma busca de especialização desde a graduação.

***Professor A –*** *Quando eles vão para o profissionalizante, tem muito o fetiche do hospital de ponta, inclusive professores daqui trabalham nestes e os alunos, às vezes, vão com eles. […] O serviço privado é de excelência. O hospital público tem a crise da falta de material, eficiência de pessoal, isso aí acaba trazendo uma certa contradição para os alunos. E no 5º e 6º anos, eles vivenciam professores que são referências, de nome e tal. E acaba ainda tendo aquela visão de que vai ter consultório, vai ser médico, vamos dizer liberal, isso ainda existe. Vocês podem até querer ter consultório, beleza! Se conseguirem, beleza! Mas, não é mais assim, houve muita mudança da formação médica e do próprio trabalho médico ao longo desses últimos anos, dos anos 1950 até agora. […] Existe essa tendência de especialização muito precoce, estão*

*querendo Cardiologia, Cirurgia, Cirurgia Plástica, Oftalmologia, que hoje tem um grande mercado. Que dá mais dinheiro. Têm essa visão.*

A Medicina está institucionalizada e apenas poucos dos futuros médicos terá acesso à Medicina de ponta como prática profissional, a grande maioria irá atender em convênios, ou no SUS, como indicou Schraiber (2014).

Não basta formar bons médicos do ponto de vista técnico e racional. A consciência de que o trabalho do médico é essencialmente humano e social também deve ser um dos objetivos a ser alcançado pela educação.

***Professor B –*** *As pessoas sentem diferente, uns sofrem mais, outros menos. Eu acho que esse lado humanizado, ele é muito forte em qualquer área, porque o paciente espera isso. [...]. Eu acho que há uma junção aí, ele quer algo técnico, quando ele vai no cirurgião, ele quer saber que ele saiba operar. Uma coisa óbvia, é a prioridade número um, mas ele não quer que seja um monstro que só saiba operar e não consiga nem explicar para ele o que vai fazer. O paciente moderno não tolera isso! Talvez na Idade Média.*

O trabalho nos coloca em contato com o mundo e nos atribui uma identidade profissional, em uma sociedade capitalista em que o indivíduo é valorizado pela sua capacidade de produção, o que produz, como produz e em que posição social isso o coloca. Neste contexto, a escolha pode estar relacionada com a forma como se quer ser visto pela sociedade, que identidade se quer assumir no mundo do trabalho, e qual a repercussão social que tem essa identidade quanto a valorização, respeito e autoridade.

As DCN do curso de Medicina trouxeram mais flexibilidade para os projetos pedagógicos respeitando e permitindo a autonomia das instituições de ensino superior. O eixo central é o da Promoção da Saúde, sendo baseado nos conceitos de saúde e de saúde coletiva, que abrangem além da condição orgânica, também os determinantes sociais, destacando a importância da equipe multiprofissional "utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional" (p. 12).

O futuro médico deve aprender a trabalhar com equipe multiprofissional, e conhecer a interação entre usuários e profissionais da saúde em suas diversas variantes. A qualidade destas relações irá se refletir nos cuidados e atenção à saúde, beneficiando os usuários e também os profissionais, ao produzirem um ambiente agradável de convivência no trabalho.

***Professor A –*** *Em uma experiência de disciplina aplicada [...] a ideia é justamente juntar mais profissionais de várias formações: médicos, nutricionista, estatístico, sociólogo, psicólogo. Foi uma experiência interessante essa trajetória de alguns quatro, cinco anos, mas depois a gente percebeu que existe muita dificuldade das pessoas trabalharem de maneira integrada.*

A Medicina é um trabalho e como tal está sujeita as implicações de qualquer atividade profissional, com um agravante que é um trabalho de grande demanda, exige, muita responsabilidade pois trata-se da vida de pessoas. São sujeitos, além do biológico, do orgânico, indivíduos com história e contexto.

***Professor D –*** *Também entender que a Medicina não é sacerdócio, não, nada disso, a Medicina é um trabalho e como toda a forma de trabalho está sujeito a todas as injunções sociais do mundo do trabalho. [...] O médico tem esse trabalho extremamente exigente e que é um trabalho que só pode se dar no encontro com o outro e que, portanto, dominar a arte do encontro faz parte das competências tanto quanto saber interpretar e indicar corretamente o exame. [...] raríssimos os momentos em que um estudante de Medicina se encontra em estágios, em espaços de formação, muito menos em sala de aula com outras profissões. [...] Introdução à Saúde Coletiva é o primeiro curso que a gente dá para os residentes de Preventiva, de Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional. [...] Esse é o momento raríssimo que eles adoram, porque na mesma sala vão ter residentes multiprofissionais de Saúde Coletiva, tem farmacêutico, dentista, assistente social, TO, enfermeira, psicólogos e os médicos de Medicina de Família e Comunidade.*

A Medicina é um trabalho que vem mudando de características de uma prática médica liberal para uma mais institucionalizada, conforme abordado por Schraiber (2014). Antes, o médico era o próprio gestor de seu consultório, atualmente passa a ser empregado de convênios públicos e privados, com órgãos de Estado e empresas.

***Aluno G –*** *Hoje em dia, a minha visão mudou muito, eu acho que o médico trabalha muito sim, inclusive eu acho que existe hoje uma proletarização da Medicina pelos planos de saúde. Os médicos são os explorados pelos planos privados e por muitos hospitais privados também. Por exemplo, a gente quando se forma, muitas vezes exigem um CNPJ ao invés do CPF para você ter uma série, os seus direitos trabalhistas, FGTS essas coisas, não tem obrigação de serem seguidas, é uma forma de subversão do sistema trabalhista médico. O médico passa por esse processo de precarização do trabalho sim, entretanto, eu acho que a profissão médica,*

*comparando com as outras profissões no contexto do Brasil, ainda é uma profissão muito valorizada financeiramente. Eu acho assim, falar que a gente ganha muito pouco, é ter pouco tato em relação com o resto do país, que as pessoas muitas recebem menos de um salário mínimo. Acho que falta um pouco de sensibilidade da corporação quando assume esse discurso. Acho que tem sim que exigir mais condições de trabalho, que tem que exigir respeito no seu trabalho e uma remuneração adequada, mas talvez assumir um discurso um pouco mais realista no contexto nacional, eu acho.*

Este relato vai ao encontro do que foi descrito por Schraiber (2014) em seu trabalho. Neste novo formato, o médico já não ocupa mais a posição de profissional autônomo e passa a ser um assalariado, com tempos e produção pré-estabelecidos por regras que fogem ao seu controle e às quais deve se submeter.

O trabalho ainda é uma das principais vias de acesso à renda, bem como de inserção em grupos sociais. Continua a ser uma via para a satisfação de necessidades humanas, fonte de recursos para gerir e organizar a vida das pessoas. Confere uma identidade e reconhecimento nos círculos profissional, social e familiar, conforme Bendassolli (2007).

### 4.4.1 Preparação para o trabalho

Uma das propostas de trabalho para os médicos recém-formados é o Programa Mais Médicos. instituído pela Lei Nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. (BRASIL, 2013a). Este programa tem dividido opiniões, entre estas, tem-se aqueles que se posicionam contrariamente, como Nassif, que alegam que o programa privilegia a quantidade em detrimento da qualidade na formação. O programa tem como meta levar mais médicos para regiões onde haja escassez destes profissionais, criando novas vagas de graduação e Residência médica para qualificação destes profissionais. Também tem objetivo contruir novas Unidades Básicas de Saúde, assim como reformar e ampliar as já existentes (BRASIL, 2017).

Ao abordar e apresentar o Programa para os estudantes, o professor A comenta que também ouviram críticas:

***Professor A –*** *A gente aqui fez um debate uma vez sobre Mais Médicos e os alunos, alguns acharam que foi muito ideológico, o debate, sabe? O pessoal veio com uma visão favorável, e eles queriam ouvir também o lado ao contrário. As entidades médicas se mostraram contrárias,*

*O Conselho Regional, o próprio Conselho Federal. E houve esse comentário, que a gente teria que trazer também quem era crítico do Programa Mais Médicos.*

Uma das críticas ao Programa está atrelada a condição das escolas médicas que estão sendo abertas pelo Brasil. Um dos alunos comentando sobre o Programa Mais Médicos faz alusão ao que o médico espera da profissão Medicina.

***Aluno J –*** *Todo médico deveria ser rico? [...], não tem como, é impossível, como é que você quer cuidar de todo o mundo e ganhar super bem? [...] se tivesse mais médico, como quer ganhar muito ainda [...] o objetivo da vida, não é só ser rico, o sucesso não é só medido na sua conta bancária. [...] Em outro nível é falar é que esse médico da Medicina da Família enfraquece as indústrias de saúde por ser um médico que tem uma adaptação melhor, talvez não peça tanto exame, é mais barato aparentemente, [...]*

Bendassolli (2007) indica que a pessoa passa a ser reconhecida por uma associação entre posse e consumo, trabalho e renda. O reconhecimento da sociedade e sua valorização estão ligados à sua posse sobre bens e ao prestígio de seu trabalho, considerados seu capital pessoal, social e humano. O valor moral é associado a valor econômico, e o trabalho tem essa centralidade.

Uma das questões que se destaca são as condições de trabalho dos médicos e da equipe de saúde no SUS, mas a forma de pensar da sociedade pode ser analisada também neste posicionamento dos alunos, descrito pelo professor A, e no comentário do professor B:

***Professor B –*** *Temos que melhorar nosso sistema, turno de trabalho para que as pessoas se sintam bem em estar no trabalho. Ninguém fala: Vamos melhorar o sistema de saúde público fazendo com que ele funcione melhor ou que ele forme melhor as pessoas! Não! Vamos arrumar um dinheiro aí para ir no sistema privado! É, é mais ou menos o que toda a sociedade pensa!*

Ao exercer a docência, preparando os formandos para uma profissão como a Medicina, o formador também enfrenta vários desafios, e cada vez mais será necessário que ele se disponha a se rever, atualizar-se, adquirir novos conhecimentos, não apenas em sua área técnica, mas de forma ampla e pedagógica.

***Professor A –*** *Eu gosto muito de dar aula, sabe? Tem até uma discussão entre nós que quando entramos na carreira de docente, a gente não tem formação nenhuma de Pedagogia, de nada.*

*É um pouco você vai na sua sensibilidade, na sua intuição. Essa coisa de dar aula para mim sempre foi muito agradável, tanto que muitas vezes, os professores que estão já no final de carreira não dão aula na graduação. É considerado coisa de menor importância. Vai sempre na pós-graduação, pesquisa e tal. Eu sempre procurei juntar essas várias coisas, sabe? Tanto aula na graduação, levar aluno na Rede, "amassar barro" como a gente diz. Então essa questão de dar aula é muito legal, sabe? E a relação com os alunos, alguns. Tive vários alunos de Iniciação Científica em função dessa prática da graduação e em geral, temas de interesse mais nessa linha mesmo de procurar incluir conteúdo da Saúde Coletiva na Iniciação. Eu já entrei com pedido e provavelmente em março eu estarei me aposentando. Mas esse tempo todo dando aula, para mim sempre foi muito gratificante!*

Nesta preparação para a futura profissão, o estudante de Medicina passa por Internato, por Residência médica, aprendizagens que se dão na prática, no hospital, com os pacientes, na beiro do leito, na sala de cirurgia, enfim em todos os setores das áreas médicas. O professor B comenta de sua experiência como docente na cirurgia.

***Professor B –*** *você fica lá vai ensinar [...] residente, a gente sempre fala isso na cirurgia, a dissecar artéria pulmonar do paciente em que, você está na frente dele e se ele errar o doente morre porque sanguina, e você é o responsável e você ensinando ele a fazer isso porque também se não ensinar, quem vai fazer no futuro? [...] ele treinou, mas tem uma hora que ele vai ter que fazer, isso daí é uma situação extremamente angustiante e pouco valorizada, deveria ser altamente valorizada você ensinar isso! Não! Isso não vale nada! Se você publicar três trabalhos, dois trabalhos, um trabalho, meio trabalho, vale muito mais do que você ensinar um residente a fazer isso! Mas a sociedade precisa de quê? Do você treinar esse daqui e aí vem todo um processo de ensino e valorização do professor, [...] a gente gosta de valorizar mais esse tipo de coisa que a gente mede.*

***Professor C –*** *[...] pode perder a visão humanista porque, por várias razões, primeiro a carga de estudo é muito grande, o estudante de Medicina tem que lidar com essa carga, com práticas, com as aulas, com plano de carreira. [...] tem a pressão da Residência médica, são muitas variáveis que tem que lidar. E se ele não tem um ambiente adequado para se desenvolver nessa parte mais humanizada e o atendimento centrado na pessoa, ele não tem o modelo no professor, fica mais difícil. Mas eu acho que vai depender muito do currículo e do modelo de ensino aprendizagem. Mas eu não acho que não há um endurecimento dos estudantes, acho que é mais o modelo que eles estão sendo expostos.*

As mudanças que podem ocorrer com os alunos ao longo da formação estão relacionadas a diversas razões, na visão dos professores, como carga horária, pressão nos estágios, e pode ter relação com o que alguns professores apresentam para os alunos como suas experiências pessoais, profissionais e carreira.

> ***Professor B –*** *Eu acho que tem os professores que já estão, também estão desanimados. Tem o sistema, que é duro dizer o que é o sistema. E ele vê, ele vai vendo o quão sofrido é para ele conseguir fazer alguma coisa, atender alguém dentro do sistema lógico. E é muito duro você viver num sistema ilógico! Mundo de muita discrepância, aí você fala: quem é o médico bom essa semana[...] é o que fez a embolização da cabeça da esposa do Lula. Sabe, é o que vai sair na televisão! Que vai sair é esse. Se você for o médico que ajudou duzentas pessoas na população ribeirinha lá em Rondônia, são o "Zé", são nada! Agora se essa pessoa que está lá na população ribeirinha for valorizada pelas duzentas pessoas, sabe? O médico adora ser valorizado, ele é vaidoso. [...]. Eu acho que ele às vezes ele gosta mais do que de dinheiro. Ele quer ajudar os outros, mas ele desiste. Eu tenho as minhas ideias, o que faz ele desaminar pelo caminho, a própria faculdade faz. A vida faz, a idade faz, ele entra com dezoito, dezenove, vinte anos, ele sai com vinte e cinco, vinte e seis, com uma visão muito maior. O sistema faz, mas eu acho que a desvalorização a mais pesada. A sociedade desvalorizou nesses últimos cinco, seis anos, eu estava na linha de fogo, eu estava nas pró-reitorias, vendo as pessoas baterem pesado nos médicos, como se eles fossem os responsáveis por todo o sistema. Você está lá na linha de frente, faltando tudo, você atendendo os pacientes, fazendo tudo o que você pode e quando você sai a culpa é sua, é você que não faz, não resolve.*

As características de um bom médico, humanizado, implicaria nestas considerações já apresentadas e no relato do professor C uma destas é anterior a graduação, que é a motivação para o cuidado. O professor B coloca a humanização como algo premente do ponto de vista da sociedade.

> ***Professor C –*** *Acho que ele tem que ter atenção, atenção ao que o paciente está falando. Tem que ter um bom ouvido, tem que ter técnica para isso, porque o método clínico centrado na pessoa tem técnica, o que eu devo perguntar, como eu devo perguntar, em que hora eu devo perguntar. Agora antes de mais nada, eu acho que ele tem que ter a motivação de cuidado. Eu acho que é o que leva as pessoas a fazerem Medicina. Se ele tiver essa motivação, já andou bastante. Porque a técnica você vai aprimorando com o tempo, acho que vem da motivação, da atitude de cuidado, de cuidar da pessoa e de entender a natureza humana.*

***Professor B*** *– [...] o médico para ser mais humanista, porque a sociedade não quer só um técnico, não aguenta mais. Agora o médico também se acostumou a servir a sistemas e não a servir a pacientes. Por exemplo, se eu sou médico da prefeitura. Eu ganho seiscentos reais por plantão, quinhentos, duzentos, sei lá. Eu ganho por plantão. Minha obrigação é zero com paciente! A minha obrigação é com o meu horário, esse horário acabou, acabou! Graças a Deus acabou! Acabou o meu inferno! Quantas vezes você ouve falar: "Acabou o meu inferno de viver num lugar e tal! Mas eu ganhei o meu dinheiro", então...*

Nas narrativas das experiências de professores e alunos, com relação aos temas destacados, percebem-se pontos de concordância, em que se aproximam, e outros em que a percepção não é mesma e se distanciam. Estes aspectos foram comentados ao longo da análise e se estabeleceu a discussão com o apoio dos teóricos deste trabalho. Podem-se destacar alguns destes pontos a seguir.

Quanto aos motivos que os convidados participantes apresentaram para a sua escolha de carreira e profissão há muitas semelhanças, a começar pela valorização que a família confere ao médico, havendo ou não médicos na família. Motivos como afinidade e desafio intelectual que a formação acadêmica provoca foram citados por professores e alunos.

O prestígio social e o respeito que a profissão confere ao médico são destacados como motivos para escolher a Medicina como profissão, assim como a visão de que é uma profissão humanística, bonita, que ajuda as pessoas, e de grande responsabilidade.

Foram indicados, como motivos de escolha, a segurança econômica e a garantia de emprego, podendo proporcionar uma condição de vida segura e confortável, conquistada pelo trabalho. Nenhum dos entrevistados destacou a possibilidade, pessoalmente, de desejar enriquecer com a profissão, embora isso tenha sido citado pelos professores ao referirem-se como possíveis motivos dos alunos.

Os entrevistados concordaram quanto a importância do prestigio social que a profissão médica confere ao seu praticante. O *status* e autoridade do médico se distinguem em meio às demais profissões. Associe-se a isso a ideia da beleza da profissão, vista como humanista, que ajuda as pessoas.

Em uma referência a idealização do médico que se criou historicamente com a imagem do "médico de família", autoridade amada, mesmo que esta autoridade reconhecida exista ou não na família como modelo, ela pode estar no ideário do grupo familiar, como alguém conhecido, que é respeitado e admirado, do ponto de vista intelectual, com prestígio social, e a visão de uma profissão humanista (COSTA, 2004).

Na experiência e observação dos professores, eles comentam que muitos alunos buscam as especialidades e os hospitais de ponta, inspirados pelos médicos/docentes que admiram e com quem convivem, como forma de se destacarem e escalarem uma grande ascensão social e profissional, ou se manterem na posição que já ocupam e seguirem os passos de pais médicos. Também comentaram que alguns poucos alunos têm interesse pelas áreas de Medicina de Família e Comunidade, áreas que envolvam a Saúde Coletiva, a Medicina Preventiva. Os alunos entrevistados, fazem parte dos que valorizam estas áreas, mas nem todos se disseram inclinados a desenvolver trabalho nestas.

Os alunos, ao comentarem de como se sentem ao longo da formação, das mudanças que percebem ocorrer no contato com a realidade do sistema, deixam transparecer um questionamento em relação à prática médica, mas se mantém determinados em relação a sua escolha. Dos quatro alunos entrevistados, um aluno fala de decepção e falta de perspectiva futura, lembrando que seu motivo de escolha da Medicina estava atrelado a uma condição de vida melhor, e em nenhum momento ele declarou afinidade pela profissão.

A visão crítica em relação ao aluno, quanto ao seu poder e saber sobre a vida e a morte, aparece mais da parte dos professores, em um formato de caricatura. Seria a ideia de que quando entra na Medicina, ele acha que pode vir a ser Deus. Quando está no 3º ano, ele acha que está chegando lá. E no 5º e 6º ano, ele tem certeza de que é Deus. Os alunos comentam que os outros falam isso deles, porque conseguiram entrar na Medicina, mas não assumem este sentimento.

Os professores também comentam das decepções e frustrações por que passam os alunos, muitas delas causadas pelos professores. Neste aspecto há uma concordância entre todos ao mencionar que o professor tem um papel determinante como modelo na formação. Modelo na postura, no raciocínio clínico, na maneira de construir a relação médico-paciente.

A ideia de sacerdócio ainda é presente na cultura médica relatada por professor e aluno. O aluno percebe que as relações entre professores e alunos estão baseadas em poder e autoridade, o que impede alguns professores de praticar a Educação em Medicina de maneira mais atualizada. Tem o relato de professor que denuncia esta cultura e enfatiza que a Medicina não é sacerdócio, é um trabalho sujeito a todas as injunções sociais do mundo do trabalho.

Os estágios iniciais e o Internato na Rede marcaram um ponto de muita discussão entre alunos e professores. Há professores que reforçam a importância desta experiência para a formação médica, há alunos que relatam que ampliaram a sua visão a partir destas vivências. Foram feitas referências a professores desfavoráveis aos estágios na Rede e que não se dispõem a atender e nem levar os alunos. Também foi comentado a não valorização da Atenção Primária

e a pouca disposição da maioria dos alunos em relação à Saúde Coletiva, do qual reclamam, mesmo quando reconhecem a importância.

A cultura que se mantém nos ambientes acadêmicos e hospitalares foi relatada como baseada na hierarquia e violência, que se expressa no hospital na relação de poder do R3, com o R2, deste com o R1, e este com o interno. E o R3 submetido ao médico assistente.

A preparação para o trabalho, a profissão médica e seu exercício teve uma comparação muito marcante entre o trabalho na Rede, na Estratégia de Família e Comunidade, em relação ao trabalho com as especialidades desenvolvidos em grandes hospitais. De acordo com professores e alunos entrevistados, as especialidades continuam sendo o alvo dos estudantes em sua maioria. Alguns atribuem esta escolha a ideia de sucesso e destaque que o hospital de ponta pode proporcionar. Também indicam que a experiência dos alunos em estágios na Rede fica prejudicada pela falta de organização. No ambulatório convivem com profissionais que são técnicos com função docente, por vezes não atualizados, e com gestores que recebem os estagiários como uma carga adicional, em uma rotina com grande demanda.

Entre os autores citados destaca-se o atendimento e o cuidado centrado na pessoa, tirando o foco do saber e do poder médico e da doença. Os entrevistados comentam sobre o sistema de saúde e a relação médico-paciente considerando a importância da humanização nas relações e indicando como um grande desafio as dificuldades observadas no sistema de saúde.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou ouvir o que professores e estudantes de Medicina convidados tinham a dizer sobre suas escolhas de carreira e profissão, a vivência e percepção da formação médica e da humanização.

O ponto de início da formação médica pode ser considerado a partir das influências sobre o sujeito, que vão desde a família até os grupos sociais mais amplos, pessoas de referência, autoridades amadas e respeitadas. O prestígio e o respeito, ou seja, o reconhecimento social da profissão, também influenciam essa escolha. Começar o curso de Medicina marca o início de uma formação acadêmica e profissional que passa, em geral, por cursos de especialização, considerados indispensáveis a quem quer se colocar no mercado, e se estende para a vida.

Os relatos de professores e de alunos, que ao longo de estudo foram sendo apresentados isolados ou entrelaçados, revelaram vários aspectos de suas impressões sobre as políticas públicas de Educação e Saúde e as mudanças que vem acontecendo na formação e na prática médica. São desafios que se apresentam para todos, para aqueles que ensinam e devem adequar-se às DCN com vistas a formar médicos com ênfase na Medicina de Família e Comunidade, quando a procura dos alunos é ainda para as especialidades.

Os professores se deparam com dificuldades próprias do ambiente e da cultura acadêmica. Relatam que alguns de seus colegas, além de não concordarem com essas diretrizes, criticam os programas abertamente. Outro grande desafio é o uso de metodologias ativas no ensino da Medicina, o que requer uma revisão geral de sua forma de atuar como professor na Educação Médica. Em meio a tudo isso, ocorre o debate sobre o que seja humanização e a urgência de uma efetiva prática de cuidado humanizado no sistema de saúde, a começar pela formação dos futuros profissionais.

Em relação às mudanças no ensino voltadas para a Medicina de Família e Comunidade, os alunos posicionaram-se com opiniões que, ainda que favoráveis, demonstram que este é um período de transição, em que existe o reconhecimento de sua importância, mas falta clareza quanto às condições de praticá-las em maior âmbito.

Pelos relatos percebe-se que existe a desvalorização dos médicos que atuam em Estratégias de Família e Comunidade, tratados com expressões preconceituosas, e vistos como se não fossem médicos “de verdade”, ou como de uma categoria muito inferior. De certo modo, reproduz valores e comportamentos sociais em que há diferença entre as pessoas, como se algumas vidas merecessem melhores condições e atendimento, enquanto outras vidas e pessoas valessem menos, portanto o médico que as atende também tem menor valor.

Existe a constatação de professores e alunos de que a relação médico-paciente reproduz muito dos modelos que o aluno vivenciou em sua formação como modo de lidar com a pessoa, ou com uma parte dela, ou apenas com a doença. Foi comentado o quanto é necessário que o cuidado seja centrado na pessoa para que possa haver uma efetiva humanização. Houve a consideração de que a relação médico-paciente no SUS reflete as relações de classes do povo brasileiro, aqueles que se formam médicos não conhecem os contextos sociais envolvidos, ou mesmo conhecendo não querem atender em alguns territórios.

Os relatos contêm críticas a respeito da cultura médica acadêmica quanto às hierarquias. Enquanto alguns citaram as caricaturas de comparação com deuses e semideuses, outros revelaram um exercício de poder pela força, definindo uma hierarquia que marca a formação médica desde a graduação até a Residência, conhecido como um dos itens do currículo oculto.

Verificou-se um consenso entre os entrevistados, professores e alunos, quanto a ênfase e importância dadas à capacitação técnica, sem o que não haveria o exercício adequado da profissão. Reconhecem também a importância das práticas humanizadas na saúde, e o fato de que a humanização deve ser desenvolvida e praticada desde a formação, estendendo-se ao exercício da profissão. No entanto, comentam, de diferentes modos, o quanto a humanização ainda não é privilegiada na cultura médica, tanto acadêmica quanto hospitalar. A formação é tecnicista, isto é, valoriza mais a técnica do que as humanidades, conforme os relatos, mas se deve a uma característica mais da cultura médica e menos do uso da tecnologia.

Dois convidados participantes acharam importante comentar sobre o trote violento como uma das características da cultura médica. Outros comentaram também da hierarquia hospitalar sendo mantida às custas de punições e intimidação, usando a pedagogia do medo, desde o Internato. Exercendo a intimidação como forma de dominação que garanta a supremacia da minoria, da elite.

Os motivos para escolher o curso de Medicina, indicado pelos entrevistados, em suas próprias experiências de vida e também na troca de conversas com colegas e na observação de alunos, estão relacionados com a ideia de ajudar, de se dedicar à saúde de forma abrangente, de ideais que se revelam desde a infância, e também vão além disso. São citados, como motivações, o prestígio social da profissão; a afinidade com o campo teórico e prático; o desafio intelectual por ser um estudo bastante exigente; a garantia de trabalho e emprego; a possibilidade de ascensão social. A influência familiar pode ser notada em todos os participantes, tendo ou não médicos em suas famílias, e em geral, por considerarem uma profissão digna, de respeito, importante e de prestígio social. A ideia de enriquecer com o

exercício da medicina não faz parte do ideário dos entrevistados e comentam que, de modo geral, existe uma consciência de que a profissão e seu campo de trabalho estão em mudança.

A partir da análise deste material verificou-se a necessidade de estender-se a pesquisa para outros objetivos, ficando questões a serem feitas e acompanhadas ao longo de um período de tempo, como por exemplo: o que está mudando na formação e no atendimento à saúde em termos de práticas humanizadas? As condições de trabalho permitem uma prática humanizada em todos os setores de saúde brasileiros?

# REFERÊNCIAS

ABLAM. Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina. Disponível em: http://ablam.org.br/ablam-fundacao-e-principios/ Acesso em: 17 jan.2018

ADORNO, Theodor W. **Educação e Emancipação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1995a.

_____. Glosa sobre Personalidade. **Palavras e Sinais**: modelos críticos 2. Petrópolis: Vozes. 1995b.

_____. **Indústria Cultural e Sociedade**. 7 imp. São Paulo: Paz e Terra, 2002

_____. **Introdução à "Personalidade Autoritária" (1950).** Traduzido por Francisco Rüdiger de acordo com a versão editada em Critical Theory and Society – A Reader, organizado por Douglas Kellner e Stephen Bronner. Nova York: Routledge, 1989. Disponível em: <http://adorno.planetaclix.pt/> Acesso em: 07 ago.2012.

_____. Sobre Sujeito e Objeto. In: **Palavras e Sinais.** Modelos Críticos 2**.** Trad. de Maria Helena Ruschel; supervisão de Álvaro Valls. – Petropólis, Rio de Janeiro: Vozes, 1995c.

_____. Teoría de la pseudocultura (1959), In: ***Escritos Sociológicos I***. Akal: Basica de Bolsillo, 2004, pp. 87-113.

ADORNO, Theodor W.; FRENKEL-BRUNSWIK, Else; LEVINSON, Daniel J.; SANFORD, R. Nevitt. **La Personalidad Autoritaria:** Prefacio, Introducción y Conclusiones. 1969. **EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales**. N." 12, julio-diciembre, 2006, pp. 155-200. ISSN: 1139-5737

ADORNO, Theodor W.; HORKHEIMER, Max. **Dialética do Esclarecimento:** fragmentos filosóficos. Tradução de Guido Antonio de Almeida.Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores. 1985. Reimpressão, 2006.

_____. **Temas Básicos de Sociologia**. 2 ed. São Paulo: Cultrix, 1973.

AMARAL, Fernando T. V. e TRONCON, Luiz E. A.. Participação de estudantes de medicina como avaliadores em exame estruturado de habilidades clínicas (Osce). **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2007, vol.31, n.1, pp. 81-89. ISSN 0100-5502.

ANUNCIAÇÃO, Silvio. Linha de pesquisa aproxima alunos de medicina da realidade do paciente. Com ênfase na empatia, novas práticas pedagógicas privilegiam formação da identidade profissional. **Jornal da Unicamp**, Campinas, 27 de novembro de 2014 a 31 de dezembro de 2014 – ANO 2014 – Nº 616. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/ju/616/linha-de-pesquisa-aproxima-alunos-de-medicina-da-realidade-do-paciente Acesso em 25 dez.2017.

ARCOVERDE, Tarcísio Lins. **Formação médica**: (des)construção do sentido da profissão – a trajetória da representação social. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Regional de Blumenau – FURB. Blumenau, 2004.

ARENDT, Hanna. **A condição humana**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita. **Medicina e Humanidades e a formação para o cuidado em Saúde**. Congresso Internacional de Humanidades e Humanização em Saúde. São Paulo: HCFMUSP. Conferência em 31 mar.2014. Apontamentos.

AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):43-62, 2007

BATISTA, Nildo Alves; VILELA, Rosana QUINTELLA Brandão; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. **Educação médica no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2015.

BAUMAN, Zygmunt. **Identidade:** entrevista a Benedetto Vecchi. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BENDASSOLLI, Pedro Fernando. **Trabalho e identidade em tempos sombrios**: insegurança ontológica na experiência atual com o trabalho. São Paulo: Ideias & Letras, 2007.

BENJAMIN, Walter. A obra de arte na era de sua reprodutibilidade técnica. In: **Sobre arte, técnica, linguagem e política**. Lisboa: Relógio D'água, 1992.

BOHOSLAVSKY, Rodolfo. **Orientação vocacional**: a estratégia clínica. 11 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BUENO, Ronaldo da Rocha Loures; PIERUCCINI, Maria Cristina. **Abertura de escolas de medicina no Brasil**: relatório de um cenário sombrio. Associação Médica Brasileira / Conselho Federal de Medicina. São Paulo, janeiro de 2004. Disponível em: <http://www.amb.org.br/escolas_abertura.pdf>. Acesso em: 12 mar.2012.

BRASIL**. Lei 12.871/2013 de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos. **Presidência da República. Casa Civil.** Diário Oficial da União. nº 206, de 23 de outubro de 2013a – Seção 1, pág.01. Recuperado de: https://goo.gl/wraSxD. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 23 dez.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 178 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. DOU nº 12, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH.** Folheto.1ª edição 1ª reimpressão Brasília: DF, 2013(c). Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acesso em 26 dez.2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 36 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos - dois anos**: mais saúde para os Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/ Acesso em: 18 dez.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Programa Mais Médicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Cartilha. 36 p. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/ Acesso em: 18 dez.2017.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 26 dez.2017.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Saúde. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 26 dez.2017.

BRASIL**.** Presidência da República. Ministério da Saúde. Lei 12.871/2013 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. **Presidência da República. Casa Civil. Diário Oficial da União.** nº 206, de 23 de outubro de 2013(a)– Seção 1, pág.01. Recuperado de: https://goo.gl/wraSxD. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 23 dez.2017.

BRASIL. **Programa Mais Médicos**: Governo Federal. Resultado para o País. 2017b. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/resultadoparaopais Acesso em: 18 dez.2017.

BRASIL. **Programa Mais Médicos**: Governo Federal. Residência médica. 2017c. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/residenciamedica Acesso em: 18 dez.2017.

BRASIL. **Programa Mais Médicos**: Governo Federal. Especialização. 2017d. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/especialização Acesso em: 18 dez.2017.

BRUM, Allan, KOBA, Ricardo. Violações de Direitos Humanos e Currículo Oculto. Carta Maior. 05/01/2016. Disponível em: https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Violacoes-de-Direitos-Humanos-e-Curriculo-Oculto/5/35269 Acesso em 25 dez.2017.

BUFFA, Ester e NOSELLA, Paolo. **Instituições Escolares:** por que e como pesquisar. Campinas, São Paulo: Alínea, 2009.

CAROD-ARTAL F. J.; VÁZQUEZ-CABRERA, C. B. Paleopatologia neurológica nas culturas pré-colombianas da costa e do planalto andinos (II). História das trepanações cranianas. **REV**

**NEUROL,** 2004;38:886-894 PMID: 15152360 - Historia y Humanidades - 01/05/2004. Disponível em: http://www.revneurol. com/sec/resumen.php?i=p&id=2004066 . Acesso em: 22 set.2011.

CHARON, Rita. Medicina narrativa: saber o que fazer com as histórias dos doentes. Entrevista. **Jornal Notícias Médicas** n.º3089, de 29.9.2010. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/12793-medicina-narrativa/#sthash.V97Srqqz.dpuf Acesso em: 21 jan.2018.

CIAMPA, Antonio da Costa. **A estória do Severino e a história de Severina**. São Paulo: Brasiliense, 2011.

_____. **A identidade social e suas relações com a ideologia**. Dissertação. Mestrado em Psicologia Social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1977.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm Acesso em 21 jan.2018.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. (11.: 2000: Brasília, DF). **11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Relatório final. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 198 p. – (Série Histórica do CNS; n. 2) – (Série D. Reuniões e Conferências; n. 16). Disponível em: https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude Acesso em 26 dez.2017.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. **Formação médica:** campanha pela obrigatoriedade do exame para recém-formados em Medicina. 22.12.2017. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=4826> Acesso em 23 dez. 2017.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Juramento de Hipócrates. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3 Acesso em: 29 dez.2017.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Demografia SP 2012. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=5> Acesso em 02 fev.2018.

CROCHIK, José Leon. Razão, consciência e ideologia: algumas notas. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 12, n. 22, p. 176-195, jun. 2007 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282007000100011&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 12 jan. 2018.

CROCHÍK, José Leon. **Teoria Crítica e Educação**. Anotações em aula. São Paulo: Programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, IP-USP, mar/jun 2013.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea; DELIZOICOV, Demétrio. Caracterizando a Escola Médica Brasileira. **Arquivos Catarinenses de Medicina** V. 32. no. 4 de 2003.

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade Interface **- Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a17.pdf. Acesso em: 21 jan.2018

EMB. ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. Disponível em: http://www.escolasmedicas.com.br/ Acesso em: 17 dez.2017.

ERIKSON, Erik Homburger. **Identidade, juventude e crise**. Trad. Álvaro Cabral. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. A Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. **Educa**r, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006. Editora UFPR. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n28/ a03n28.pdf>. Acesso em: 15 maio.2011.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 29 imp. (2011). Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. – (Coleção Leitura)

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. Edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XXI, 1974, p.73-171.

GARCIA, Maria Alice Amorim; SILVA, Ana Laura Batista da. Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 35,n. 1,p. 58-68, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 dez.2017.

GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 299-307, Sept.2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Jan. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000300003.

GUSMÃO, Sebastião Silva. **História da medicina**: evolução e importância. Sociedade Brasileira de História da Medicina. Disponível em: <http://www. sbhm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=93>. Acesso em 03. mai.2011.

HADDAD, Ana Estela *et al.*(orgs.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde**: 1991-2004. INEP/MEC. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Texto_de_Referencia.pdf . Acesso em: 09 jan.2012.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. Tradução de Luiz Repa. - São Paulo: Ed. 34, 2003. 296 p.

HORKHEIMER, Max e ADORNO, Theodor W. Sociologia e Investigação Social Empírica. **Temas Básicos de Sociologia**. 2 ed. São Paulo: Cultrix, 1973a.

HORKHEIMER, Max e ADORNO, Theodor W. Estudos da Comunidade. **Temas Básicos de Sociologia**. 2 ed. São Paulo: Cultrix, 1973b.

_____. Família. **Temas Básicos de Sociologia**. 2 ed. São Paulo: Cultrix, 1973c.

HOUAISS. Grande Dicionário Houaiss. Dicionário on line. Disponível em: https://houaiss.uol.com.br/pub/apps/www/v3-3/html/index.php#4 Acesso em 28 jan.2018.

KUSSAKAWA, Diogo Hiroshi Beçon; ANTONIO, Clésio Acilino. Os eixos estruturantes das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Medicina no Brasil. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, jun. 2017. ISSN 2237-5864. Disponível em: <https://seer.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/3680/4736> Acesso em: 24 dez. 2017.

MARCO, Mario Alfredo De et al . Comunicação, humanidades e humanização: a educação técnica, ética, estética e emocional do estudante e do profissional de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013005000017&lng=es&nrm=iso . Acesso em: 21 set. 2013. Epub 23-Ago-2013.

MARCUSE, Herbert. Sobre o caráter afirmativo da cultura. In: **Cultura e Psicanálise.** São Paulo: Paz e Terra. 2001.

MAAR, Wolfang Lee, Materialismo e primado do objeto em Adorno**. Trans/Form/Ação**, São Paulo, 29(2): 133-154, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/trans/v29n2/v29n2a11.pdf . Acesso em: 09 ago.2012.

MEC. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais – Medicina**. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União. Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf . Acesso em: 03 maio.2011.

MEC. Ministério da educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192 Acesso em: 15 nov.2015

MEC. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES Nº: 116/2014** - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União.** 6 de junho de 2014, Seção 1, Pág. 17. 2014b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/20279-pareceres-cne-2014 Acesso em: 23 dez.2017.

MEC. Ministério da Educação. **O que é o Fies?** Disponível em: http://sisfiesportal.mec.gov.br/?pagina=fies Acesso em: 29 dez.2017

MEC. Ministério da Educação. **Programa Universidade para Todos – ProUni.** Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view= article&id= 205&Itemid=298 . Acesso em: 30 jul.2012.

MEC. Ministério da Educação. **Residências em Saúde.** 1977. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&Itemid=507 . Acesso em: 20 ago.2012.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de História Oral**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2000.

MIZOI, Cristina Satoko; KANEKO, Regina Mayumi Utiyama; MOREIRA FILHO, Carlos Alberto. **einstein: Educ Contin Saúde**. 2007, 5(3 Pt 2): 100-101 Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/712-100-101.pdf . Acesso em: 29 out.2011.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, Apr.2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S1413-81232014000401085&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 27 Set. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.16832013.

MOTA, André. **História da Medicina e da Saúde Pública no Brasil: Interfaces com a Profissão Médica**. Disciplina ministrada na Faculdade de Medicina. Material do professor e anotações de aula. Universidade de São Paulo, set. a dez.2014.

MOTA, André e SANTOS, Marco A. C. dos. Entre algemas e vacinas: medicina, polícia e resistência popular na cidade de São Paulo (1890-1920). **Novos Estudos.** n.° 65. Mar.2003

NASSIF, Antonio Celso Nunes. O caminhar do ensino médico no Brasil. **Revista do Médico Residente**,v. 16, n. 2 (2014). Disponível em: http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente Acesso em: 29 jan.2018.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, Dez. 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 20 Jan.2018

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos,** Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 15-36, Mar. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso Acesso em: 26 dez. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002.

PARO, Helena B Icon ; DAUD-GALLOTTI, Renata M; TIBÉRIO, Iolanda C; PINTO, Rogério M; MARTINS, Milton de A. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: Psychometric properties and factor analysis. BMC Med Educ 2012;12:73.

PASCHE, Dário Frederico. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1) Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf > Acesso em 02 out.2016.

PETITAT, André. **Produção da escola. Produção da sociedade**: Análise sócio-histórica de alguns momentos decisivos da evolução escolar no ocidente. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994. Parte II, pp. 141-210.

PEREIRA, Hugo Cataud Pacheco. **Educação médica a partir da perspectiva humanística de Carl Rogers: uma vivência de sala de aula.** 11/07/2013 171 f. Doutorado em Educação em Ciências Química da Vida e Saúde ( UFSM - FURG) Instituição de Ensino: Universidade Federal do Rio Grande, Porto Alegre Biblioteca Depositária: Sistema de Bibliotecas - Biblioteca Digital de Teses e Dissertações - FURG

PERIM, Gianna Lepre et al. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 70-82, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 dez. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000500008.

REZENDE, Joffre Marcondes. A institucionalização do ensino médico: a escola de Salerno e as primeiras universidades europeias. In: **À sombra do plátano. São Paulo:** Ed. Unifesp, 2009. Disponível em: http://www.jmrezende.com.br/ensinomedico.htm Acesso em: 29 dez.2017.

ROGGERO, Rosemary. A vida simulada no capitalismo: percurso metodológico da pesquisa. In: CROCHIK, José Leon e SASS, Odair (orgs.*)*. **Teoria crítica e formação do indivíduo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. pp. 55-91.

RIOS, Izabel Cristina. **Subjetividade contemporânea na educação médica: a formação humanística em medicina.** 01/07/2010. 319 f. Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva). Instituição de Ensino: Universidade de São Paulo. Biblioteca Depositária: Faculdade de Medicina USP. Disponível em: http://capesdw.capes.gov.br/ Acesso em: 04 nov.2013.

RIOS, Izabel Cristina; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Humanização e Humanidades em Medicina.** São Paulo: Unesp, 2012.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. **1910 – História geral da medicina brasileira.** v. 2. São Paulo: Hucitec, 1991.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **A profissão médica na atualidade: desafios e dilemas.** USP/Faculdade de Medicina. Medicina Preventiva. Texto de palestra proferida em 17/09/2014 a convite do Grupo de Estudos em História das Ciências da Saúde do Centro de Memória e Arquivo da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para fins de publicação como capítulo de livro (prelo)

SCHRAIBER, Lilia Blima. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, Fev. 1995.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Doutora Emília**. Aula ministrada na Faculdade de Medicina. Material do professor e anotações de aula. Universidade de São Paulo, nov.2014.

SCHWELLER, Marcelo. **O ensino de empatia no curso de graduação em medicina**. 2014. 137 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313594 Acesso em 25 dez.2017

SCLIAR, M. **Cenas médicas**: uma introdução à história da Medicina. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2002.

SILVA, Glauce Cerqueira Corrêa da. **Manual de Apoio Psicológico ao Médico Residente** / Coordenação de Glauce Cerqueira Corrêa da Silva. – Rio de Janeiro, RJ – 2016 - 54 f. Coautores: Evandro Guimarães de Sousa, Daniela Freitas Bastos, Luciana Mateus Santos, Tânia Mara de Araújo

SILVA, Julieta Freitas Ramalho da. "A formação do médico". In: MARCO, Mário Alfredo de (org.). **A face humana da medicina**: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SIMÕES, João Carlos. Humanização no Curso de Medicina**. Academia Médica** on-line. 13 jan.2013. Disponível em: <http://academiamedica.com.br/ humanização-no-curso-de-medicina/>. Acesso em: 21 set.2013.

SOUZA, Antonia Nubia Oliveira Alves de. **A concepção de humanização no contexto da formação médica: o caso da UFRN.** 29/08/2014. 147 f. Doutorado em Ciências Sociais Instituição de Ensino: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal Biblioteca Depositária: BCZM e Setorial do CCHLA-UFRN

STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WESTON, W. Wayne; MCWHINNEY, Ian R.; MCWILLIAM Carol L.; FREEMAN, Thomas R. **Medicina Centrada na Pessoa**: Transformando o Método Clínico. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2017.

THOMPSON, Paul. História oral: patrimônio do passado e espírito do futuro. In: Karen Worcman e Jesus Vasquez Pereira (coords.). **História falada:** memória, rede e mudança social. São Paulo : SESC SP. Museu da Pessoa: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2006. 280p.

# Anexos

**Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título do projeto:** Formação em medicina e humanização – **CAAE: 59126416.8.0000.5561**

**Pesquisadora responsável:** Maria Elizabet Lautert de Souza; e-mail: elizabet.lautert@usp.br

**Orientadora do projeto:** Profa. Dra. Eda Marconi Custódio, e-mail: edamc@cebinet.com.br

**Instituição**: Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia

1. Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa acadêmica, em nível de doutorado. Tem como questão central as percepções de professores e de estudantes quanto ao processo de formação da Medicina. O objetivo é investigar como a formação afeta e é afetada pelas práticas sociais, educacionais e quais as influências da cultura que se fazem presentes.

2. A entrevista será gravada e transcrita, e os dados disponibilizados para uso acadêmico pela pesquisadora Maria Elizabet Lautert de Souza e suas palavras podem ser citadas em publicações acadêmicas.

3. A entrevista pode durar de 45 minutos a duas horas. A participação na pesquisa tem caráter voluntário e sem qualquer incentivo financeiro, com a finalidade exclusiva de colaborar para a pesquisa. Sua participação se fará de forma anônima e segura. Quanto a riscos previstos para a participação nesta entrevista, podem ocorrer possíveis desconfortos ou constrangimentos relativos às lembranças de sua história de vida e consequente repercussões na formação médica. Caso sinta necessidade de apoio psicológico posterior, poderá entrar em contato com o pesquisador para solicitá-lo, sem qualquer tipo e remuneração para tal. Dá-se a garantia de ressarcimento de eventuais gastos se houver e de indenização para eventuais danos decorrentes da pesquisa. Você pode retirar-se da entrevista a qualquer momento sem prejuízo, antes da execução e entrega de uma cessão de direitos. Você também terá a oportunidade de fazer disposições especiais ou restrições na carta de cessão. No caso de você optar por retirar-se durante a entrevista, qualquer gravação feita da entrevista será destruída, e nenhuma transcrição será feita. Os benefícios possíveis do uso da história oral de vida, como forma de entrevista, compreendem o de permitir uma narrativa livre e fluída. Auxilia a refletir o valor reunido de experiências e da identidade. Possibilita ao convidado expressar o que lhe for mais relevante em sua história, narrando o que lhe vem à memória da forma mais agradável que lhe convier, sem seguir um roteiro de perguntas pré-estabelecido. Espera-se que esta pesquisa possa colaborar para a área de conhecimento tanto da psicologia quanto da educação médica, com a discussão sobre a formação de médicos e a prática da humanização. Os dados levantados pela pesquisa poderão auxiliar na reflexão sobre a importância das humanidades, seja na estrutura do curso, no projeto pedagógico, no currículo oficial e no oculto, envolvendo também todos os atores do processo.

4. Sem prejuízo do disposto do parágrafo cinco abaixo, após a conclusão da entrevista, a gravação e conteúdo da entrevista pertencem à pesquisadora, e as informações da entrevista podem ser usadas da maneira que determinar, inclusive uso futuro por pesquisadores em apresentações e publicações, sempre preservado o caráter de sigilo e privacidade do participante da pesquisa.

5. A pesquisadora concorda que não vai usar ou exercer qualquer dos seus direitos à informação na entrevista antes da assinatura do termo de consentimento e da carta de cessão de direitos da entrevista, gravada, transcrita e autorizada para seu uso no todo ou em partes.

6. A carta de cessão de direitos será submetida a você para sua assinatura antes da entrevista juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido.

7. Restrições sobre o uso da entrevista podem ser colocadas na carta de cessão por você e será aceito como alterando os direitos sobre o conteúdo da entrevista, tais como restrições específicas, como o uso de pseudônimo e tratamento de informações de identificação pessoal.

8. Garantia do Sigilo: Os pesquisadores asseguram a privacidade dos participantes quanto a identidade e os dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

9. A pesquisa será desenvolvida em data e local previamente combinado de maneira que fique adequado ao participante.

10. Ao assinar a carta de cessão de direitos, a cópia gravada e uma cópia da transcrição serão mantidos na posse de Maria Elizabet Lautert de Souza, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade São Paulo, campus Butantã.

11. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, está sendo firmado em duas vias rubricadas em todas as suas páginas e assinadas na última página pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, devendo cada parte ficar de posse de uma via.

**12. Consentimento Pós-Informação:**

Após receber explicações, a leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, e ter meus direitos de:

a. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimentos sobre os procedimentos, riscos e benefícios e outros relacionados à pesquisa

b. Que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum.

c. Não ser identificado e que será mantido caráter confidencial das informações associadas à privacidade.

d. Procurar esclarecimentos com o **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP),** pelo e-mail ceph.ip@usp.br ou telefone (11) 3091-4182, ou na Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27; CEP 05508-030 – Cidade Universitária - São Paulo/SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos.

Confirmo estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa e que autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

**Assinatura:** _____ Data: _____/____/_____.

**Nome do Participante**: _____

**Endereço:** _____

**Tel:** _____ **Cidade:** _____ **CEP:** _____ **E-mail:** _____

Declaro que forneci todas as informações, ao convidado participante, referentes ao projeto.

_____ Data: ____/_____/_____

**Maria Elizabet Lautert de Souza**

Tel: 11 3091-4356, falar com Maria Elizabet

**Anexo 2**

Carta de Cessão

São Paulo, _____de _____de 2017.

À

Universidade São Paulo

Eu, _____, estado civil _____, documento de identidade _____, declaro para os devidos fins que cedo os direitos autorais de minha entrevista gravada nas datas _____ para Maria Elizabet Lautert de Souza, RG 14.185.228-8, usá-las integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data. Declaro que as informações da entrevista podem ser usadas da maneira que determinar, inclusive uso futuro por pesquisadores em apresentações e publicações, sempre preservado o caráter de sigilo e privacidade da identidade do participante da pesquisa. Da mesma forma autorizo a transcrevê-la.

Abdicando de direitos meus e de meus descendentes quanto ao objeto dessa carta de cessão, subscrevo a presente.

_____

Assinatura do Participante Convidado

# Anexo 3

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Formação em Medicina e Humanização
**Pesquisador:** MARIA ELIZABET LAUTERT DE SOUZA
**Área Temática:**
**Versão:** 2
**CAAE:** 59126416.8.0000.5561
**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DE SAO PAULO
**Patrocinador Principal:** UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.831.506

**Apresentação do Projeto:**
Projeto de doutorado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Trata da relação entre a formação em medicina, a subjetividade de formandos e formadores e a humanização do exercício da sua profissão. Serão entrevistados quatro professores e quatro estudantes de medicina de escolas médicas da cidade de São Paulo, públicas e privadas, escolhidas de forma aleatória, a partir de indicações de professores conhecidos da pesquisadora. Como método de pesquisa empírica será utilizado a história oral de vida. Pela análise da narrativa dos participantes convidados, se buscará depreender aspectos relacionados com a formação médica no que diz respeito a: cultura da sociedade e a cultura da profissão médica; subjetividade; a liberdade em suas escolhas, processo de formação; capacitação técnica; visão humanista; significados e conceitos de humanização e as influências da formação e do trabalho; percepção de resistência às disciplinas e às práticas relacionadas com as humanidades no currículo da graduação em medicina; percepção de significados para a prática humanizada da profissão. O referencial teórico é o da Teoria Crítica da Escola de Frankfurt.

**Objetivo da Pesquisa:**
Objetivo Primário:
Analisar e discutir a formação em medicina quanto aos aspectos relacionados com a capacitação

**Endereço:** Av. Prof. Mello Moraes,1721 - Bl. "G" sala 27
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO
**Telefone:** (11)3091-4182 **E-mail:** ceph.ip@usp.br

técnica e sua relação com a visão humanista e humanizada da profissão, bem como as influências da cultura da profissão médica e as subjetividades envolvidas no processo de humanização.

Objetivos Secundários:
Investigar como o formando e o formador sofrem influências das práticas sociais e educacionais e como isso se expressa na formação;
Investigar junto aos formandos quais as expectativas pessoais e profissionais ao final do curso;
Investigar junto aos formadores se são percebidas mudanças nos alunos do início, decorrer e final do curso;
Investigar a percepção que tanto professores quanto estudantes têm em relação a sua situação social e de trabalho;
Investigar as influências da cultura que se fizeram presentes em suas escolhas;
Investigar junto aos formandos e formadores significados e conceitos de humanização da medicina e a importância que estes consideram que ela tenha;
Investigar junto aos professores e estudantes o que percebem quanto as suas próprias humanidades.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**
Riscos: a pesquisadora menciona que podem ocorrer possíveis desconfortos ou constrangimentos relativos às lembranças de sua história de vida e consequente repercussões na formação médica. Caso sinta necessidade de apoio psicológico posterior, poderá entrar em contato com a pesquisadora para solicitá-lo, sem qualquer tipo e remuneração para tal.

Benefícios: o uso da história oral de vida pode auxiliar a reflexão do valor reunido de experiências e da identidade, bem como possibilitar a expressão do que lhe for mais relevante em sua história, narrando o que lhe vem à memória da forma mais agradável que lhe convier, sem seguir um roteiro de perguntas pré-estabelecido. Espera-se que esta pesquisa possa colaborar para a área de conhecimento tanto da psicologia quanto da educação médica, com a discussão sobre a formação de médicos e a prática da humanização, auxiliar na reflexão sobre a importância das humanidades, seja na estrutura do curso, no projeto pedagógico, no currículo oficial e no oculto, envolvendo também todos os atores do processo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**
O projeto apresenta fundamentação teórica e justificativa apropriada sobre tema relevante para

**Endereço:** Av. Prof. Mello Moraes,1721 - Bl. "G" sala 27
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO
**Telefone:** (11)3091-4182 **E-mail:** ceph.ip@usp.br

área de conhecimento sobre educação em medicina. A metodologia está adequada para o alcance dos objetivos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Em atenção às solicitações apontadas no parecer anterior a pesquisadora informa que:

- Quanto à forma de recrutamento dos participantes, serão entrevistados professores e alunos, de grandes escolas médicas da cidade de São Paulo, tanto particulares quanto públicas, a partir de indicações de professores conhecidos da pesquisadora.
- O Cronograma de execução foi ajustado com início da pesquisa de campo para 16/01/2017.
- O TCLE foi reformulado com a inclusão das informações sobre a voluntariedade da participação, que não haverá custo nem pagamento e a garantia de indenização em caso de danos decorrentes da participação na pesquisa, além dos riscos previstos e benefícios da pesquisa.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram atendidas e o projeto pode ser aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Se o projeto prevê aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPH de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEPH antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS o relatório final do projeto desenvolvido, conforme preenchimento de Protocolo disponível na página do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, do site do IPUSP. Em seguida, o protocolo preenchido deverá ser enviado ao CEPH pela Plataforma Brasil, ícone Notificação, logo que o mesmo estiver concluído.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** Av. Prof. Mello Moraes,1721 - Bl. "G" sala 27
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO
**Telefone:** (11)3091-4182 **E-mail:** ceph.ip@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.831.506

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_748241.pdf | 13/10/2016 16:47:08 | | Aceito |
| Outros | CARTA_CEPH.pdf | 13/10/2016 16:45:46 | MARIA ELIZABET LAUTERT DE | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Anexo1_TermoConsentimento_tese_revisado_B_docx.pdf | 13/10/2016 16:44:58 | MARIA ELIZABET LAUTERT DE SOUZA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | TESEdoutorado_USP_CONEP_rev_B.pdf | 13/10/2016 16:44:35 | MARIA ELIZABET LAUTERT DE SOUZA | Aceito |
| Folha de Rosto | foha_rosto_tese_MELS_plat_Brasil_OK.pdf | 24/08/2016 17:31:36 | MARIA ELIZABET LAUTERT DE | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Declaracao_inicio_pesquisa.pdf | 10/08/2016 21:03:24 | MARIA ELIZABET LAUTERT DE | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

SAO PAULO, 21 de Novembro de 2016

**Assinado por:**
**Helena Rinaldi Rosa**
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Prof. Mello Moraes,1721 - Bl. "G" sala 27
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO
**Telefone:** (11)3091-4182 **E-mail:** ceph.ip@usp.br