



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE HUMANIDADES, ARTES E CIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES SOBRE A UNIVERSIDADE**



VITÓRIA BATISTA CALMON DE PASSOS

**O EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO E A FORMAÇÃO MÉDICA
NA UFBA:
ENTRE A DEONTOLOGIA E A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO**

Salvador
2021

VITÓRIA BATISTA CALMON DE PASSOS

**O EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO E A FORMAÇÃO MÉDICA
NA UFBA:
ENTRE A DEONTOLOGIA E A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade.

Área de concentração: Interdisciplinar. Linha de Pesquisa: Gestão, Formação e Universidade.

Orientadores: Prof^a. Dr^a. Renata Meira Veras e Prof. Dr. Marcelo Nunes Dourado Rocha.

Salvador
2021

Passos, Vitória Batista Calmon de.

O eixo ético-humanístico e a formação médica na UFBA: entre a deontologia e a humanização do cuidado / Vitória Batista Calmon de Passos. - 2021.

102 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Meira Veras.

Coorientador: Prof. Dr. Marcelo Nunes Dourado Rocha.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Salvador, 2021.

1. Educação médica. 2. Educação humanística 3. Medicina - Estudo e ensino. 4. Escolas de medicina - Currículos - Bahia. 5. Universidade Federal da Bahia - Currículos. 6. Médicos - Formação. 7. Médico e paciente. I. Veras, Renata Meira. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos. III. Título.

CDD - 610.7

CDU - 61:371.214



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE HUMANIDADES, ARTES E CIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES SOBRE A UNIVERSIDADE

Rua Barão de Jeremoabo, s/n, Ondina – CEP 40.170-115, Salvador, Bahia | (71) 3283-6790
eisu@ufba.br | www.eisu.ihac.ufba.br



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE VITÓRIA BATISTA CALMON DE PASSOS, NO ÂMBITO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE A UNIVERSIDADE, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.

Aos nove dias do mês de setembro do ano de 2021, às nove horas, reuniu-se por videoconferência a comissão examinadora, composta pelos professores Profa. Dra. Carmen Fontes de Souza Teixeira (UFBA), Profa. Dra. Liliana Santos (UFBA) e Profa. Dra. Camila Vasconcelos de Oliveira (UFBA), para examinar o trabalho “O EIXO ÉTICO HUMANÍSTICO E A FORMAÇÃO MÉDICA NA UFBA: ENTRE A DEONTOLOGIA E A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO”, orientada pela Prof^ª. Dr^ª. Renata Meira Vêras e coorientada pelo Prof^º Marcelo Nunes Dourado Rocha.

Após a exposição oral da candidata, os examinadores apresentaram seus pareceres, anexos a esta ata, que foram seguidos pela réplica da mestranda. Findas a exposição oral e apresentação dos pareceres, a comissão julgadora reuniu-se reservadamente, chegando ao parecer final abaixo apresentado:

- aprovado
 reprovado
 parecer final condicionado a reformulações a serem apresentadas no prazo máximo de 60 (sessenta) dias.

Salvador, 09 de setembro de 2021.

Profa. Dra. Carmen Fontes de Souza Teixeira (UFBA)

Profa. Dra. Liliana Santos (UFBA)

Profa. Dra. Camila Vasconcelos de Oliveira (UFBA)

Para meu avô Alírio Rodrigues (in memoriam), que mesmo sendo um homem com pouco estudo, sempre valorizou muito a educação. E sempre ensinou aos seus filhos e netos que era através desta, que poderíamos ser a melhor versão de nós mesmos. Então, compreendendo a ideia de Humanizar como “tornar humano/trazer humanidade”, dedico minha pesquisa abordando tal temática a ele, que foi um dos melhores exemplos de ser humano que tive a honra e o privilégio de conhecer e amar.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por em todos os momentos, mesmo naqueles em que duvidei de mim, me mostrar que eu era capaz e que estava ao meu lado.

Aos meus pais, Edson e Sirleide, e minha irmã Paloma, por serem a minha base, minha fortaleza, e me darem todo suporte e apoio em todas as escolhas e dificuldades da vida. Todo o meu amor e gratidão a eles hoje e sempre!

Meu eterno e infinito agradecimento ao meu avô Alírio (*in memoriam*), que sempre foi meu grande admirador e incentivador e que eu gostaria muito que pudesse estar aqui para acompanhar essa que para mim é uma grande conquista.

À minha orientadora, professora Renata Veras, que é um grande exemplo e inspiração para mim, a pessoa que certamente foi um divisor de águas em minha vida porque me ensinou muito não só sobre metodologia científica, mas também sobre como a relação entre professora e aluna pode ser repleta de respeito, carinho, parceria e momentos memoráveis. Agradeço por sempre ter acreditado na minha capacidade, mesmo quando eu ainda estava aprendendo algumas coisas. E talvez o mais importante: por me apresentar a um mundo que aprendi a amar – o da pesquisa, e dessa maneira, me trazer uma possibilidade completamente nova de profissão que gostaria de seguir, transformando tudo que eu acreditava e salvando-me da tempestade de frustrações que poderia cair sobre mim após o BIS.

Ao meu orientador, professor Marcelo Rocha, que talvez não saiba, mas foi meu professor na primeira aula que assisti na Universidade, enquanto ainda era aluna de graduação no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e mesmo sendo eu tímida, recém-chegada do interior e muito assustada com a experiência nova, me acolheu com imensa gentileza, afeto e compreensão, que me marcaram profundamente na trajetória no BIS e se fizeram presentes novamente na experiência no PPGEISU.

Aos meus orientadores, acima citados, agradeço infinitamente a paciência, a disposição para tirar todas as minhas dúvidas e, sobretudo, a grande compreensão e apoio nos meus momentos em que escrever parecia impossível.

Ao meu grande amigo Caio Feitosa, que eu admiro tanto e que foi meu grande companheiro de trajetória na pesquisa e no PPGEISU. Agradeço imensamente sua generosidade, amizade e sabedoria em todos os momentos – e não foram poucos – que me ofereceu apoio e orientação, fazendo com que tudo parecesse mais fácil e fosse mais leve.

Às professoras Carmem Teixeira e Sônia Sampaio, que me orientaram de maneira afetuosa e genuína durante a construção do projeto em suas disciplinas e que se tornaram grandes referências de mulheres, professoras e pesquisadoras para mim.

À minha rede de apoio, que é também minha família, meu irmão Pedro, e meus amigos queridos Dayves, Sabriny, Carlos, Nátali, Ayala, Bruna, Érica, Larissa e Estéfane, que estiveram ao meu lado em todos esses anos (virtual ou fisicamente) e quando as coisas pareciam difíceis demais de superar, me deram forças para fazê-lo, através de muito amor e parceria e fazendo o possível (e às vezes até o impossível) para me ajudar em dificuldades.

Aos demais membros da minha grande família: avós (Adelaide (*in memoriam*), Hugo e Terezinha), tios e primos, que acreditam tanto no meu potencial que muitas vezes quando eu

mesma dúvida, me trazem a certeza de que sou capaz. Neste ponto, preciso destacar minha tia Maria das Dores e minha prima Camila, que são respectivamente como minhas segundas mães e irmã e me apoiam incansavelmente além de encherem minha vida de amor e gratidão por tê-las. E meus tios Alírio e Gilvânia por todo amor a mim dedicado e todos os momentos que sem pestanejar, me ajudaram tanto!

A todos os meus colegas e amigos do grupo de pesquisa “Interfaces - Saúde, Educação e Trabalho”, em especial Clara e Odonilton, que foram essenciais na produção de dados e na construção de um dos artigos da coletânea, além de serem amigos muito queridos. À Érika Chaves, amiga generosa, que foi a primeira pessoa que viu em mim o potencial para submeter um projeto de mestrado e me incentivou muitas vezes e de inúmeras formas! E a Daiane Silva, que me auxiliou em diversos momentos de dúvidas de questões da pesquisa e da vida acadêmica. Ambas sempre com muita disposição e carinho.

Ao senhor Herbert Maia (*in memoriam*), que me deu uma lição inesquecível sobre generosidade e sobre a importância de valorizar as pessoas que se dedicam aos estudos. Que Deus sempre o guarde num bom lugar!

Aos meus colegas da turma 2019 do PPGEISU, que principalmente durante as disciplinas obrigatórias, tornaram a trajetória mais leve e divertida. E às secretárias do PPGEISU Pérola e Andréa, por todo suporte, sempre com dedicação e gentileza.

Aos estudantes do curso de medicina da UFBA que aceitaram participar da investigação e assim contribuíram para este resultado final.

À CAPES, pela bolsa de estudos que me proporcionou a possibilidade de dedicação exclusiva à esta pesquisa.

E por fim, a todas as pessoas que de qualquer maneira contribuíram direta ou indiretamente para que eu pudesse concluir esse ciclo, e que por alguma falha de memória eu possa não ter mencionado, peço minhas sinceras desculpas e deixo meu muito obrigada!

Sem todas essas pessoas, concluir esse Mestrado seria muito mais difícil.

PASSOS, Vitória Batista Calmon de. **O Eixo Ético-Humanístico e a formação médica na UFBA: Entre a Deontologia e a Humanização do cuidado.** Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade). Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

A desumanização das práticas de assistência à saúde é um dos problemas mais comumente discutidos na literatura científica desse campo. Ela frequentemente é apontada como consequência do modelo formativo predominante atualmente, baseado na valorização dos aspectos técnico-científicos em detrimento dos aspectos subjetivos do cuidado que afetam a relação médico-paciente. Sabe-se que essa realidade está diretamente relacionada às descobertas científicas do século XIX e ao modo de produção capitalista e suas influências na construção de uma visão da saúde como um bem de consumo. Nesse sentido, a universidade, como instituição formadora, e em especial as faculdades de medicina, tem a tarefa de promover mudanças no perfil profissional de egressos da formação médica, orientadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que preconizam a necessidade da humanização, devido aos esforços das políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Um caminho que pode contribuir nesse processo é o ensino das Humanidades no curso de medicina. A partir disso, esse estudo teve por objetivo investigar as contribuições do Eixo Ético-Humanístico (EEH) do currículo do curso de medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA) para a formação dos estudantes. Essa investigação de caráter exploratório, com recorte transversal e abordagem mista foi desenvolvida utilizando como técnica de produção de dados as respostas às questões abertas de um questionário aplicado a estudantes do curso de medicina da UFBA, cursando entre o 1º e o 8º semestres. Os métodos de análise dos dados incluíram a análise documental, a análise de conteúdo, a análise de similitude e nuvem de palavras com auxílio do software Iramuteq para o tratamento de dados. Os resultados obtidos indicaram que o currículo médico do EEH da UFBA contempla temáticas importantes do campo da bioética e da saúde coletiva, contudo ainda apresenta forte ancoragem em conteúdos deontológicos e completa ausência ou insuficiência de temáticas fundamentais tais quais o estudo das relações étnico-raciais em saúde e a Humanização, assim, necessita de diversas reformulações para se adequar a proposta das últimas DCN, publicadas em 2014. Além disso, foi identificado que os estudantes reconhecem muitas contribuições que consideram positivas do EEH para sua formação, estando também aspectos deontológicos destacados, o que reforçou os achados da análise documental anterior. Finalmente, quanto às concepções de atendimento humanizado, observou-se que três tendências predominam entre os indivíduos, uma delas é a daqueles que conceituam a temática a partir de visões superficiais do tema; outra, àqueles que apresentaram concepções aprofundadas conceitualmente e subjetivamente; e ainda, os que demonstraram um entendimento de humanização que se distancia muito de sua essência. De maneira geral, os resultados demonstraram que o EEH proporciona contribuições importantes à formação médica na UFBA, mas o seu currículo necessita de importantes atualizações, no intuito de se adequar as DCN e à realidade do SUS, e assim, promover de fato uma formação que possa contribuir para a produção de profissionais considerados humanizados no futuro.

Palavras-chave: Universidade; Educação Médica; Diretrizes Curriculares Nacionais; Humanidades médicas; Humanização em saúde.

ABSTRACT

The dehumanization of health care practices is one of the most commonly discussed problems in the scientific literature in this field. It is often pointed out as a consequence of the currently predominant training model, based on valuing technical-scientific aspects to the detriment of subjective aspects of care that affect the doctor-patient relationship. It is known that this reality is directly related to the scientific discoveries of the nineteenth century and the capitalist mode of production and its influences on the construction of a view of health as a consumer good. In this sense, the university, as a training institution, and especially the faculties of medicine, has the task of promoting changes in the professional profile of graduates of medical training, guided by the National Curriculum Guidelines (DCN), which advocate the need for humanization, due to the efforts of public policies of the Unified Health System (SUS). One way that can contribute to this process is the teaching of Humanities in the medical course. From this, this study aimed to investigate the contributions of the Ethical-Humanistic Axis (EEH) of the medical course curriculum at the Federal University of Bahia (UFBA) for the training of students. This exploratory, cross-sectional and mixed-approach investigation was developed using as a data production technique the answers to open questions from a questionnaire applied to medical students at UFBA, attending between the 1st and 8th semesters. Data analysis methods included document analysis, content analysis, similarity analysis and word cloud with the aid of the Iramuteq software for data processing. The results obtained indicated that the medical curriculum of the EEH at UFBA includes important themes in the field of bioethics and collective health, however it still has a strong anchoring in deontological content and a complete absence or insufficiency of fundamental themes such as the study of ethnic-racial relations in Health and Humanization, thus, needs several reformulations to adapt to the proposal of the latest DCN, published in 2014. In addition, it was identified that students recognize many contributions that they consider positive from the EEH to their training, with ethical aspects also highlighted, which reinforced the findings of the previous document analysis. Finally, regarding the conceptions of humanized care, it was observed that three trends predominate among individuals, one of which is that of those who conceptualize the theme from superficial views of the theme; another, to those who presented conceptually and subjectively in-depth conceptions; and still, those who demonstrate an understanding of humanization that is far from its essence. Overall, the results showed that the EEH provides important contributions to medical training at UFBA, but its curriculum needs important updates, in order to adapt the DCN and the reality of the SUS, and thus actually promote training that can contribute to the production of professionals considered humanized in the future.

Keywords: University; Medical Education; National Curriculum Guidelines; Medical Humanities; Humanization in health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIS – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DSS – Determinantes Sociais em Saúde

EEH – Eixo Ético-Humanístico

FAMEB – Faculdade de Medicina da Bahia

IRAMUTEQ – Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

PET-SAÚDE – Programa de Educação para o Trabalho em Saúde

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNH – Política Nacional de Humanização

PPP – Projeto Político Pedagógico

PPGEISU – Programa de Pós Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade

PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

PRÓ-SAÚDE – Programa de Reorientação da Formação em Saúde

RMP – Relação Médico-Paciente

SC – Saúde Coletiva

SUS – Sistema Único de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	12
2. ESTRUTURA DO TRABALHO.....	13
3. INTRODUÇÃO.....	13
4. QUESTÃO-PROBLEMA.....	22
5. OBJETIVOS.....	22
5.1 Objetivo Geral.....	22
5.2 Objetivos Específicos.....	22
6. PERCURSOS METODOLÓGICOS.....	23
6.1 Cenário e Participantes.....	24
6.2 Procedimentos.....	25
6.3 Aspectos Éticos.....	27
ARTIGO 1 - O ENSINO DA ÉTICA E DAS HUMANIDADES NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA	28
ARTIGO 2 - A MEDICINA E O EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO: CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES	53
ARTIGO 3 - ATENDIMENTO HUMANIZADO: AS CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA	74
7. CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICE.....	98

1. APRESENTAÇÃO

Ingressei na Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 2014, como estudante do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). Durante a graduação no BIS, pude experimentar diversas experiências que me mostraram o potencial transformador da Universidade na vida de alguém. E mais, como na prática, a interdisciplinaridade pode nos enriquecer enquanto sujeitos e futuros profissionais.

Como a maioria dos estudantes que ingressam nesse curso, eu também queria migrar para medicina após sua conclusão. No entanto, chegado o fim da graduação, em 2017, isso não foi possível e ingressei na graduação em Farmácia. Mas em vez de sofrer com tal resultado, foi justamente a partir da trajetória no BIS, em especial com a entrada no grupo de pesquisa da professora Renata Veras, em 2015, estudando sobre a formação ético-humanística dos estudantes de medicina da UFBA, que encontrei um novo objetivo e sonho na vida profissional: a carreira acadêmica.

Esta pesquisa mais ampla me reforçou a dimensão da importância da interdisciplinaridade na formação de profissionais da saúde e como o estudo de conteúdos humanísticos pode ser significativo para que sua futura prática possa ser mais consciente e humanizada. Isto acabou sendo o que me inspirou a escrever meu projeto próprio de investigação acerca da medicina, pois me inquietava a necessidade de compreender quais eram as bases dessa formação, quais conteúdos eram priorizados nela, além do que pensavam os estudantes acerca de tudo isso e se a visão deles acerca da humanização de sua prática se relacionava com o que estudavam e apontavam como aprendizado desse eixo.

No BIS, pude aprender bastante sobre as bases do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e suas incontestáveis contribuições para a democratização da saúde no país. Nesta investigação, contudo, pude constatar que apesar de ser um direito de todos, um atendimento médico de qualidade (que inclui uma prática humanizada), nem sempre é alcançado pelos usuários dos serviços de saúde, tanto do SUS quanto das redes privadas. Este fato se deve a múltiplos fatores e está intrinsecamente ligado ao desenvolvimento sócio-histórico da prática médica, sobretudo a como a incorporação massiva e acrítica de elementos técnico-científicos à formação e à prática – influenciados pelo modelo de produção capitalista, que ao considerar a saúde uma mercadoria – impõe aos profissionais condições ruins de trabalho e aos usuários, condições ruins de atendimento. E ainda, a como a divisão de classes da sociedade brasileira influencia diretamente a prática médica que é ofertada a cada grupo social. A proposta de

Humanização emergiu, então, como uma reação contra hegemônica a tal processo cruel, buscando trazer de volta à saúde sua essência que seria o cuidado com o outro.

Diante disso, finalizo esta dissertação com a esperança de contribuir de alguma maneira para a discussão acerca dos dilemas e das tensões paradigmáticas, epistemológicas, teóricas e políticas da formação médica contemporânea. E assim, para reflexões sobre o tema, para o desenvolvimento de propostas e a execução de ações que visem à promoção de uma formação em medicina que mantenha sua qualidade técnica, mas não perca o caráter humano de sua prática.

Sendo assim, entendo que apenas um mestrado interdisciplinar como o PPGEISU poderia me oportunizar a realização desta investigação com um olhar multifatorial, considerando também minhas bases no BIS e assim dar mais um passo na direção do novo objetivo/sonho profissional. Foi para mim uma jornada de muito aprendizado, que sempre lembrarei e que também me mostrou que o conhecimento se constrói cotidianamente com disciplina, curiosidade e interesse em aprender.

2. ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente trabalho está estruturado no formato de *multipaper*, composto por três artigos que apresentam os resultados da investigação desenvolvida. Optou-se por tal formato porque ele permite uma divulgação dos conhecimentos produzidos no estudo através da maior possibilidade de publicação (WATSON, NEHLS, 2016).

Além dos artigos, para corresponder ao formato de uma dissertação de mestrado, outras sessões foram incorporadas ao texto, sendo elas a **Introdução, os Percursos Metodológicos** e a **Conclusão**. Por fim, são apresentadas as **Referências** como elementos pós-textuais e, como **Anexo A**, o questionário utilizado na coleta dos dados utilizados no estudo.

A estrutura corresponde às exigências do PPGEISU e está alinhada a Linha de Pesquisa III: Gestão, Formação e Universidade. Além disso, corresponde também às expectativas da autora, apresentadas no projeto de qualificação. Todos os artigos foram elaborados pela mestranda ao longo do curso, sob supervisão dos orientadores e colaboração destes e outros pesquisadores, abordando temáticas diferentes, mas complementares ao objetivo geral da investigação.

3. INTRODUÇÃO

A universidade enquanto instituição formadora tem papel fundamental na construção dos projetos político-pedagógicos de seus cursos. Sendo assim, formar sujeitos para atuar nos

campos empíricos das práticas profissionais e no campo do desenvolvimento científico se configura como a principal missão desse espaço (ORTEGA Y GASSET, 1946). Contudo, isso deve ser realizado sem deixar que aqueles que aprendem, abandonem as demais dimensões humanas do seu processo de aprendizado e relacionamento com os outros. É preciso “humanizar o homem científico” (p.78) e fazê-lo, conciliando a acumulação do saber com as demais implicações de sua aquisição, para evitar que o próprio homem seja “asfixiado” por ele. Na área da saúde, em especial na medicina, essa prerrogativa é absolutamente necessária. O modelo técnico-científico tem sido predominante na formação e, com isso, os aspectos humanos da relação entre médico e paciente e do processo do cuidado ficam esquecidos.

Historicamente, a medicina teve como foco de sua ação o corpo humano, visando sempre à prevenção e/ou a cura de moléstias (NOGUEIRA, 2007). Contudo, ao longo dos séculos, desde sua origem, diversas abordagens sobre este objeto se sucederam. De maneira geral, desde a Grécia Antiga, passando pela Idade Média, até o início do século XIX, a prática médica organizava-se principalmente em medicina interna e cirurgia, de modo que estas áreas estabeleceram entre si, ao longo do tempo, diversas relações complexas e variáveis (NOGUEIRA, 2007). Já em 1810, com o nascimento da Clínica, como explica Foucault (1980), o objeto de cuidado médico era o corpo anatômico e fisiológico a partir da interpretação dos seus sinais e sintomas. No entanto, neste período prevalecia ainda um ideário de medicina enquanto sacerdócio, no qual a compreensão de servir ao outro de maneira desinteressada sobrepunha-se a visão da mesma como um trabalho, um negócio (SCHRAIBER, 2008).

Com a Modernidade, as diversas descobertas científicas do século XIX, tais quais a anestesia e a microbiologia, contribuíram para que o objeto da medicina passasse a ser o corpo fragmentado em suas estruturas mais básicas – órgãos, tecidos, células, macromoléculas, enzimas, etc., e para a generalização do pensamento de que os problemas humanos eram passíveis de diagnóstico e de solução, através da ciência (CAMPOS, AGUIAR E BELISÁRIO, 2012).

Além disso, nos séculos antecedentes ao XIX, a medicina era uma profissão baseada no empirismo e em superstições e somente a partir deste passou a gozar de maior credibilidade popular, devido à incorporação do método científico às práticas de saúde. Soma-se a estes fatos, o desenvolvimento de exames de apoio diagnóstico e terapêutico com uma incorporação tecnológica cada vez maior (CAMPOS, AGUIAR E BELISÁRIO, 2012). A partir destes fatos, a formação médica foi impactada significativamente e a prática sofreu grandes mudanças relacionadas à estrutura da assistência, à organização dos serviços, ao mercado de trabalho e à

identidade profissional. E esta última, tem como cerne justamente o advento da “medicina tecnológica”, que trouxe consigo uma ruptura entre conhecimentos dos médicos e recursos tecnológicos disponíveis e entre profissionais e seu modo de agir (SCHRAIBER, 2008).

Entre o fim do século XIX e o início do século XX, a publicação do Relatório Flexner culminou em profundas mudanças no perfil de formação médica. Com uma proposta de ensino calcado no método científico, este documento promoveu grandes conquistas, como a significativa contribuição para a transição epidemiológica em vários países. Contudo, ao cumprir seu papel de reformular drasticamente a formação dos médicos, com as mudanças que alcançou, o paradigma flexneriano tornou-se insuficiente para corresponder às novas demandas de saúde das populações. Pois, além de abordagens voltadas para a cura, tais quais as empregadas no tratamento de doenças infecciosas, passaram a ser necessários também métodos que permitissem o cuidado contínuo, como os usados em doenças crônicas. (CAMPOS, AGUIAR E BELISÁRIO, 2012).

O sucesso do paradigma flexneriano ainda trouxe consigo outros problemas importantes, podendo-se destacar o desenvolvimento de um complexo industrial da saúde e a inflação médica. Os contínuos avanços tecnológicos e descobertas científicas evidenciaram o potencial lucrativo do campo da saúde e esta passou a ser vista sob uma perspectiva de mercado, na qual a doença existe como fonte de renda. Neste cenário, prevalece um aumento crescente dos custos dos serviços de saúde que contribui para que o foco desta área não seja mais o bem-estar dos usuários, mas quanto eles podem pagar por isso (CAMPOS, AGUIAR E BELISÁRIO, 2012).

Neste ponto, compreender tal fenômeno demanda a necessidade de se estabelecer um paralelo entre a medicina e o modo de produção capitalista, vigente na atualidade. García (1989) explica que no capitalismo, o “trabalhador perde o controle e a propriedade dos meios de trabalho, por isso, precisa vender sua força de trabalho para conseguir sobreviver” (p.56). Por isso, no contexto de ascensão e desenvolvimento do sistema capitalista, a medicina articulou-se diretamente com o processo de produção econômica, passando a ser definida como uma atividade destinada à regulação da produtividade da força de trabalho e à diminuição das tensões sociais decorrentes da desigualdade social. Isto porque contribuiu para consolidar a relação de dependência entre estado de saúde e trabalho, partindo do pressuposto de que “quem deixa de trabalhar, deve estar doente” (p.58), onde os médicos seriam aqueles autorizados a determinar tal condição. Ao mesmo tempo, transmitia uma falsa ideia de acesso igualitário aos serviços, quando na verdade isso se atrelava a condição financeira e status social dos indivíduos, acentuando as desigualdades (DONNANGELO, 1976; GARCÍA, 1989).

Neste contexto, o consultório médico particular que foi o centro da prática profissional ao longo do século XIX e até meados do século XX, devido à predominância da medicina liberal neste período, cedeu seu protagonismo à medicina como prática empresarial, na qual os médicos seriam trabalhadores subordinados ao Estado e/ou às empresas privadas, e conseqüentemente, também subordinados à incorporação acrítica da tecnologia nesses espaços de trabalho (SCHRAIBER, 1995). Tal cenário evidencia um paradoxo entre a essência da prática médica estar baseada nas interações e na confiança entre médicos e pacientes e entre profissionais, em contraposição a uma despersonalização do cuidado e impessoalidade da prática, como consequência da secundarização do papel do médico no imaginário popular a um mero aplicador de conhecimentos, pois a qualidade do atendimento seria dada pela presença dos recursos tecnológicos. (SCHRAIBER, 2008).

Tendo em conta que “a organização da prática médica é moldada por características ideológicas, políticas e econômicas da sociedade” (p.23), esta colabora assim, com a reprodução das relações sociais (NOGUEIRA, 2007). Desta maneira, os fenômenos da despersonalização do cuidado e da impessoalidade da prática, mencionados anteriormente, contribuíram significativamente para destacar a insuficiência do modelo biomédico e, conseqüentemente: a desumanização no campo da saúde.

A percepção acerca de tal insuficiência colaborou para o surgimento do campo da Medicina Integral, fruto da reforma médica instaurada nos Estados Unidos entre as décadas de 40 e 50, que apresentou severas críticas à medicina tecnológica e tecnicista e propôs novos modelos de atenção que incluíssem uma abordagem sociocultural. Rios (2016) explica que neste momento se originaram dois campos distintos, mas com pontos em comum: as Humanidades Médicas e as Ciências Sociais e Aplicadas em Saúde.

No Brasil, a partir de 1968 as universidades brasileiras passaram por uma reforma que teve como um de seus desdobramentos a criação do sistema departamental (FAVERO, 2006). Tal reforma baseou-se no modelo flexneriano e, com suporte dos Estados Unidos, reforçou o modelo médico hospitalocêntrico, que tinha suas bases nos hospitais de ensino e departamentos (KEMP, EDLER, 2004). Nesse contexto, surgiram os primeiros departamentos de Medicina Preventiva e Social e a determinação de sua obrigatoriedade no currículo médico. Estes departamentos foram a “porta de entrada” para as Ciências Sociais e as Humanidades nas escolas médicas brasileiras. Desde tal período, percebeu-se a necessidade da incorporação de conhecimentos de tais áreas à formação médica, pois através disto acreditava-se ser possível tornar perceptível aos estudantes em formação que a prática médica

não seria uma prática exclusivamente técnica, mas também uma prática social. (DONNANGELO, 1976; GARCÍA, 1989)

Diante disso, o campo das Humanidades Médicas, demandando uma formação humanista, levou a inclusão de disciplinas humanísticas nos currículos médicos. Já o campo das Ciências Sociais e Aplicadas em Saúde, independente da área da educação médica, se dedicando ao estudo dos “fenômenos humanos e sociais relativos ao processo saúde-doença-cuidado” (p. 24), passou a permear os currículos médicos através de temáticas específicas dentro das disciplinas de Humanidades Médicas ou ainda do campo da Medicina Preventiva e Saúde Coletiva (SC) (RIOS, 2016).

Esta última, por sua vez, surgiu da articulação entre as preocupações do campo médico e da saúde pública, tendo em vista que as propostas anteriores se mostravam ainda insuficientes para as demandas sociais dos usuários dos serviços de saúde (RIOS; SCHRAIBER, 2012). Essa visão buscou a integração entre os conhecimentos médicos, sanitários e o social. De modo que seu objetivo seria promover uma reflexão não só no campo interativo do ponto de vista da relação entre profissionais e pacientes, mas considerar também a produção social da assistência médica e sanitária, numa perspectiva ampliada de saúde. (RIOS; SCHRAIBER, 2012)

Com a criação do SUS, em 1988, ancorado em princípios da SC, introduziram-se os conceitos de Integralidade e Equidade ao ideal de atenção em saúde. Os debates acerca dessas temáticas no período, foram precursores dos questionamentos a respeito da necessidade de se modificar a forma de ofertar cuidado aos usuários dos serviços. Tal cenário, tornou favorável o desenvolvimento de diversas reformas propostas posteriormente e a criação da Política Nacional de Humanização.

A Humanização surgiu, portanto, como um movimento e uma estratégia de reação diante desse processo hegemônico de tecnificação da prática médica, no intuito de promover um resgate de valores humanos nos serviços de saúde, não só no âmbito das práticas, como também na lógica da gestão institucional e da formação de profissionais (BRASIL, 2004).

Outros fatos também foram de fundamental importância para a reorientação curricular da formação médica. A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas – CINAEM, formada em 1991 foi um deles. O relatório dessa comissão foi o ponto inicial de todas as mudanças curriculares propostas a seguir. (OLIVEIRA *et al.*, 2008). No entanto, é importante destacar que a formação de tal comissão se deu também num contexto de necessidade de responder às críticas ao modelo de ensino médico vigente estabelecido pela reforma universitária de 68.

Posteriormente, algumas leis e programas desenvolvidos, contribuíram para fomentar essas transformações: Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional de 1996 (BRASIL, 1996), Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED, Programa de Reorientação da Formação em Saúde – Pró-Saúde e Programa de Educação para o Trabalho em Saúde – PET-Saúde. (OLIVEIRA *et al.*, 2008). Em 2001 foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina e partir destas, os currículos das universidades passaram por grandes reestruturações. (BRASIL, 2001).

O debate em torno da humanização no âmbito institucional, contudo, só entrou na agenda política nacional no ano 2000, a partir de iniciativas de algumas secretarias municipais e estaduais de saúde e somente passou a ter uma abrangência nacional extensiva a toda atenção hospitalar com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2001). Em 2003, através de uma expansão do PNHAH, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi consolidada, possuindo como princípios teóricos-metodológicos: o protagonismo dos sujeitos coletivos, a indissociabilidade entre atenção e gestão e a transversalidade (HECKERT, PASSOS, BARROS, 2009), ampliando-se assim sua cobertura para além do campo da assistência hospitalar, ao incluir também os serviços suplementares de atenção à saúde. Estes princípios dão vazão à discussão sobre o acolhimento, à importância do diálogo, da conversa, ancorando-se à luz da filosofia, sociologia médica, psicologia e psicanálise e assim, sendo considerados como estratégicos na produção de cuidados em saúde (CAMPOS, 1999; DESLANDES, 2006; FILGUEIRAS, 2006; TEIXEIRA, 2006).

A partir de 2014 as DCN passaram por atualizações, sendo uma delas a inclusão da temática da humanização como necessária à formação em medicina. (VERAS E FEITOSA, 2019; BRASIL, 2014).

O artigo 3º das DCN descreve o perfil do médico a ser formado:

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. (BRASIL, 2014, p.1)

No que tange a formação em saúde, em especial a formação em medicina, o caráter científico da missão da universidade na formação do homem, incorporou também a habilidade técnica como fundamental. E, como foi visto, a predominância do modelo técnico-científico

na formação das profissões de saúde se ampliou, baseada nas demandas do mercado e da globalização (AMORETTI, 2005). Essa ênfase no modelo técnico-científico, que valoriza as tecnologias e instrumentos em detrimento de um atendimento humanizado, é o que tem orientado a prática médica moderna. Blasco (2011) completa afirmando que “hoje é mais fácil distrair-se com a técnica e esquecer o paciente, do que em tempos onde os recursos eram muito mais escassos” (p. 06).

Essas atitudes costumam ser frequentes no modelo de atenção à saúde atual e precisam ser evitadas de modo a promover a empatia na relação médico-paciente e, conseqüentemente, a humanização do atendimento médico. Rios (2010) aponta que a essência da humanização é “a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional” (p. 255).

Nesta conjuntura, Medeiros e Batista (2016) investigaram os conceitos de humanização mais presentes na literatura nos últimos anos. As autoras identificaram que os principais sentidos aos quais esse termo tem sido atribuído são o de ética dos relacionamentos, do cuidado e da comunicação com o outro, o de pensar sobre o tema como um conceito que orienta práticas; e de reflexões a respeito do que a humanização produz. Heckert, Passos e Barros (2009) também encontraram em pesquisa sentidos relacionados à empatia, diálogo, respeito às diferenças para definição de humanização.

Já Benevides e Passos (2005) identificaram a definição de humanização a partir da ideia de agir como “bom humano”, e isto, orientado pelas exigências de mercado para garantia de qualidade do serviço. Esses diferentes direcionamentos, contudo, reforçam também a importância dos estudantes de saúde, enfatizando-se os de medicina, entenderem a ideia de atendimento humanizado sob perspectivas variadas, para atuar de maneira mais efetiva no SUS.

Tendo isso em vista, diversos autores (GONZÁLEZ, ALMEIDA, 2010; AMORETTI, 2005), salientam que a educação médica tem papel fundamental nessa mudança de atitude profissional e no sentido de promover a humanização do cuidado. Campos (1999, p. 191) explica que a principal meta das faculdades de medicina deveria ser

[...] formar médicos capacitados a construir vínculos e assumir responsabilidades frente à cura ou reabilitação dos seus pacientes, superando a tradição contemporânea de concentrar quase toda responsabilidade apenas na realização, segundo certos preceitos, de certos procedimentos técnicos.

Considerando este pensamento do autor, são evidenciadas várias atribuições que compreendem práticas humanizadas de cuidado, e, portanto, promotoras da construção de vínculos entre médicos e pacientes, tais quais a responsabilidade social, e o respeito e a defesa da dignidade humana e da saúde integral do ser humano. Desse modo, no contexto da formação em medicina, caminhou-se com as iniciativas que fomentavam a inserção das humanidades no currículo médico (CINAEM, LDB, PROMED, PRÓ-SAÚDE, PET-SAÚDE, DCN) (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Funghetto et al (2015), realizando um estudo a respeito dos perfis dos profissionais de saúde com base nas DCN como base, revelam que a construção de um conceito ampliado da saúde na formação dos profissionais desse campo demanda uma permanente articulação entre as necessidades sociais do Sistema Único de Saúde e a educação, tendo como foco suprir essas reais necessidades de atendimento da população. A Humanização, nesse contexto, se mostra como um dos mais importantes fatores a serem contemplados por esse processo de articulação.

Segundo Minayo (2006, p. 26), a “Humanização do setor Saúde significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações”. Indo de encontro a esse entendimento, a desumanização seria a negação desses valores em favor de uma prática centrada na doença.

A humanização da saúde, portanto, deve atuar no sentido de confrontar práticas desumanizadoras promovendo o cuidado integral do indivíduo e dos coletivos, a partir de uma visão holística do ser. Dessa maneira, entendo “humanização” a partir de uma maior aproximação com a Saúde Coletiva, de modo que tal conceito não consiste em algo estático, mas num processo contínuo e multidimensional, do qual a formação é parte integrante. Entre a polissemia que o termo pode assumir, considero neste estudo o sentido a que ele é comumente atribuído, de um conjunto de ações relacionadas à atenção em saúde, que promovam a articulação de aspectos técnicos, com outros subjetivos, culturais, relacionais, de profissionais e usuários dos serviços de saúde (DESLANDES, 2006).

Tendo isso em vista, a formação médica humanística poderia atuar como uma estratégia de efetivação da proposta da Humanização. A partir disto, o conceito de formação médica humanística que assumo nesse estudo compreende a “[...] aquisição processual de conhecimentos específicos da área de Humanidades, nesse escopo mais amplo e particularmente destacando a conscientização do comportamento moral e o desenvolvimento de habilidades de comunicação e construção de vínculos.” (RIOS; SCHRAIBER, 2012, p. 12) Seria essa formação, portanto, aquela em que os cursos valorizassem também aspectos

subjetivos envolvidos na construção da identidade profissional dos médicos, visto que existem fatores históricos, culturais, interativos, que reforçam a valorização do modelo técnico-científico de assistência. (RIOS; SCHRAIBER, 2012)

Nesse sentido, Pereira (2005) destaca a importância de um projeto pedagógico adequado, por exemplo, ao processo de aprendizagem de valores morais, atitude empática e habilidades interativas durante a formação. Desse modo, a formação superior se configura como uma preparação especial para lidar com demandas da sociedade. E a boa “escola” seria aquela capaz de articular bem seus princípios pedagógicos com o contexto em que ela está inserida, evitando imitar modelos considerados bem-sucedidos, mas não condizentes com sua realidade. (ORTEGA Y GASSET, 1946).

Do ponto de vista curricular, Ayres et al. (2013) apresenta o conceito de Humanidades Médicas, compreendendo a inserção das humanidades no ensino médico e afirma que estas são fundamentais para o desenvolvimento da boa prática médica. Isto porque, o estudo dessa área do conhecimento contribui para uma maior compreensão do sofrimento humano e das questões socioculturais imbricadas no processo de adoecimento. Destarte, contribui também para melhorar as habilidades comunicacionais e a construção de vínculos entre os médicos e as pessoas atendidas por eles.

Diante disso, é esperado que o estudo das humanidades no curso de medicina, na teoria e na prática do percurso formativo dos graduandos, estimule nestes, de alguma maneira, o desenvolvimento de atitudes humanizadas. A formação de médicos humanistas, contudo, precisa ser maior do que ensinar a realização de atitudes humanitárias superficiais. É necessário estimular o desenvolvimento reflexivo do estudante enquanto pessoa e profissional, continuamente, facilitando que ele reavalie suas percepções e atitudes (BLASCO, 2011).

Assim, compreendo que a desumanização da medicina é um problema que merece destaque porque é, infelizmente, ainda atual. Sendo esses profissionais responsáveis por mediar o processo de cura de outras pessoas, a maneira como eles se portam e ofertam o cuidado influencia diretamente o resultado que se pode obter na direção da saúde (DESLANDES, 2006). Acredito que a formação dos estudantes de medicina da UFBA deve ser coerente com esse perfil de médico que contempla as dimensões humanas da atenção no trato com seus pacientes. Não apenas por essa ser uma exigência das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina, mas por se compreender como uma necessidade do aspecto relacional com outras pessoas, inerente ao ofício médico, e uma estratégia de confronto da desumanização.

Nery *et al.* (2013) afirmam que na UFBA, uma das maneiras de se desenvolver uma formação humanística se deu através da criação e implantação do Eixo Ético-Humanístico no currículo do curso de medicina, em 2007, no intuito de promover essa adequação ao perfil ideal de médico a ser formado. Então, levando em conta que uma transformação ou reorientação curricular pode não ter sucesso se os estudantes não estiverem envolvidos no processo (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007), considero de fundamental importância compreender: De que maneira o Eixo Ético-Humanístico está inserido e estruturado no currículo de medicina da UFBA? Como os estudantes têm percebido as contribuições desse eixo para sua formação? O que esses estudantes entendem por atendimento médico humanizado?

A partir de tudo isso, compreendi que a formação médica se constitui num campo atravessado por tensões paradigmáticas e questões teóricas conflitivas que tem a ver também com interesses econômicos e políticos. Este cenário tornou favorável o desenvolvimento desta pesquisa, porque, ao pretender investigar as contribuições do Eixo Ético-Humanístico para a formação médica na UFBA, permitiu a análise dos aspectos curriculares que tem orientado a formação humanística dos estudantes e a construção de suas concepções de atendimento médico humanizado, além de apresentar a visão dos estudantes acerca de sua própria formação.

4. QUESTÕES – PROBLEMA

De que maneira o currículo do Eixo Ético-Humanístico (EEH) contribui para a formação dos estudantes de medicina da UFBA?

O que pensam os estudantes de medicina da UFBA acerca das contribuições do EEH para sua formação?

Quais as concepções dos estudantes de medicina da UFBA acerca do que é um atendimento humanizado?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Analisar as contribuições do Eixo Ético-Humanístico para a formação médica na UFBA.

5.2 Objetivos Específicos

- Analisar as ementas e conteúdos programáticos das disciplinas do Eixo Ético-Humanístico do currículo do curso de medicina da UFBA;
- Analisar as concepções dos estudantes acerca das contribuições do Eixo Ético-Humanístico para sua formação;
- Analisar as concepções dos estudantes sobre o que é um atendimento médico humanizado.

6. PERCURSOS METODOLÓGICOS

Hafferty e Franks (1994) afirmam que a maioria dos determinantes críticos da identidade do médico não opera dentro do currículo formal, mas em um currículo mais sutil e menos oficialmente configurado. Para eles a formação médica é desenvolvida como um modo de formação moral, do qual a ética é apenas uma parcela. Qualquer tentativa de desenvolver um currículo abrangente de ética deve reconhecer o meio cultural mais amplo dentro do qual esse currículo deve funcionar. Dessa maneira, acredito que foi importante a combinação de diferentes análises para traçar um panorama das contribuições do EEH para a formação médica na UFBA, considerando essa ideia de formação determinada por múltiplos fatores.

O estudo adotou um recorte transversal com abordagem mista de caráter exploratório, para compreender as contribuições do EEH para a formação em medicina da UFBA, considerando o currículo e as concepções dos estudantes a respeito das contribuições desse eixo para sua formação e o entendimento deles acerca do que seria a humanização de suas práticas. É importante ressaltar que esta proposta de investigação se deu a partir de um estudo “guarda-chuva”, pois foi um desdobramento de pesquisa já em andamento do projeto apresentado ao programa PIBIC “O que acham os estudantes de medicina acerca do Eixo Ético-Humanístico da Faculdade de Medicina da Bahia?”.

A pesquisa qualitativa permite o estudo de aspectos e fatores da vida humana e a análise dos processos sociais ao longo do tempo. Ela é bastante apropriada para a investigação de problemas/questões pouco conhecidas e que necessitam de compreensão, o que a torna fundamental no presente processo investigativo. Em saúde, é uma metodologia bastante empregada, principalmente nos últimos 30 anos, sobretudo no que tange a capacidade de reconhecimento de contextos em que os objetos de estudo estão situados (KERR, KENDALL, 2013).

Já a pesquisa quantitativa se baseia na coleta e análise de dados numéricos sobre variáveis determinadas. Este tipo de estudo é indicado quando se busca determinar a força de associação ou correlações entre variáveis, por exemplo, ou ainda, quando se busca generalizar

ou objetivar resultados a partir de inferências extraídas de uma amostra. Também é capaz de estabelecer previsões e de identificar e estabelecer relações de causa e consequência entre características profundas de uma realidade. (ESPERÓN, 2017).

Por esta razão, a pesquisa com métodos mistos, ao se propor a combinar métodos qualitativos e quantitativos, permite uma janela de oportunidades bastante ampla para a compreensão dos fenômenos que se deseja estudar. Galvão *et al.* (2018, p. 5) destacam que “os métodos mistos e a criatividade inerente em como usá-los podem aumentar o potencial de mudança transformadora e não agregadora de danos adicionais ao contexto delineado”.

De acordo com Gil (2007), a pesquisa do tipo exploratória visa proporcionar familiaridade com o objeto estudado, de modo a construir hipóteses sobre ele e tornar mais claros os problemas que o envolvem. No estudo transversal, segundo Augusto *et al.* (2014, p.749), sendo ele uma especificidade da pesquisa exploratória, “os dados são coletados em um ponto no tempo, com base em uma amostra selecionada para descrever uma população nesse determinado momento”.

6.1 Cenário e Participantes

Na Universidade Federal da Bahia ocorreu uma mudança curricular na graduação em medicina no ano de 2007 e, segundo Nery e colaboradores (2013), essa transformação objetivou aperfeiçoar a formação dos médicos buscando adequar-se com o perfil esperado na atualidade. O novo currículo foi organizado por módulos, em que a arquitetura curricular buscou contemplar as dimensões técnico-científica, ético-humanística, e de formação em pesquisa. Segundo o Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB/UFBA), o Eixo Ético-Humanístico é organizado em oito disciplinas ofertadas entre o primeiro e o oitavo semestre e compreende o debate acerca de conhecimentos múltiplos do campo da ética e das humanidades, tendo em vista o desenvolvimento de atitudes éticas e humanas, integrando todas as práticas curriculares, por estar presente em todos os módulos da graduação. (FORMIGLI, 2010).

De acordo com a FAMEB/UFBA, em 2018, existiam 1023 estudantes matriculados, dos quais 718 estavam cursando o Eixo Ético-Humanístico (1º ao 8º semestre). Diante disso, os sujeitos da pesquisa foram selecionados a partir do delineamento de uma amostra estratificada, com confiança de 95%, totalizando 280 estudantes, visando englobar aqueles que estavam cursando o Eixo Ético-Humanístico no período. A composição da amostra adotou os seguintes critérios de inclusão: indivíduos maiores de 18 anos e estudantes do primeiro ao oitavo semestre, regularmente matriculados no curso de medicina na UFBA. Os

critérios de exclusão: menores de 18 anos. É importante dizer que a amostra alcançada com os questionários superou a representativa calculada, com um total de 451 questionários respondidos. Como a adesão ao questionário foi voluntária, foram selecionados para a análise desse estudo, por conveniência, apenas aqueles respondidos completamente (n=345), sendo desconsiderado apenas um por critério de ilegibilidade da resposta, restando 344 questionários.

6.2 Procedimentos

Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário construído com base em revisão bibliográfica realizada anteriormente. Inicialmente, foi realizado estudo piloto com 10 estudantes de medicina e, após as revisões sugeridas, o instrumento foi validado, sendo sua versão final aplicada em agosto de 2018, durante as avaliações finais das disciplinas do Eixo Ético-Humanístico do semestre 2018.1.

O questionário (Apêndice A) foi dividido em três partes: a primeira, contendo 20 questões para coleta de dados referentes às características socioeconômicas dos participantes; a segunda parte, com 30 assertivas, consistiu em um questionário do tipo *Likert* de cinco pontos, do “Concordo totalmente” ao “Discordo totalmente”, possuindo ponto neutro; e a terceira, constituída por duas questões de múltiplas escolhas e duas questões abertas, de modo que fosse possível analisar os conhecimentos dos estudantes acerca dos assuntos ministrados no eixo e que eles pudessem discorrer sobre a importância do eixo para a sua formação.

Neste estudo, o foco de análise foram as questões abertas da terceira parte do questionário, sendo elas: **“Quais as contribuições do Eixo Ético-Humanístico para a sua formação?”** e **“O que é um atendimento médico humanizado para você?”**. Kronberger e Wagner (2010) ressaltam que as respostas abertas permitem “fácil acesso à compreensão espontânea dos respondentes com relação ao objeto em questão” (p. 416). Portanto, a análise das respostas dessas questões, aliada às informações da literatura científica sobre formação médica, permitiu vislumbrar os sentidos construídos pelos estudantes de medicina da UFBA a respeito das contribuições do EEH para sua formação.

A partir disso, na etapa inicial da pesquisa, foi desenvolvida uma revisão bibliográfica¹ com objetivo de mapear a discussão da temática na literatura e compreender seu contexto.

1 Considerando todos os materiais lidos (exceto documentos) no período do mestrado, esta revisão contou com a leitura completa de 71 artigos, 21 capítulos de livros, 1 tese de doutorado e 10 livros. A busca de material se deu tanto nas bases eletrônicas BVS, Scielo e Google Acadêmico, como por busca livre. Os critérios de seleção para a leitura foram a disponibilidade do texto completo em português ou inglês e a adequação ao tema.

Uma revisão bibliográfica, segundo Gerhardt e Silveira (2009), visa expor resumidamente as ideias de outros autores sobre um tema de interesse, levantando críticas e dúvidas, se necessário. Este procedimento almeja contribuir para o embasamento e a construção de arcabouço teórico que permitirá uma posterior análise qualitativa dos dados.

Na sequência realizei a análise documental das ementas e conteúdos programáticos das disciplinas do Eixo Ético-Humanístico. Essa análise contribuiu para investigar se os conteúdos do EEH estão em consonância com as orientações propostas pelos documentos oficiais que orientam a formação médica no país. Nesse ponto, vale ressaltar o pensamento de Rego (2003, p. 114) e esclarecer que não compreendo a grade curricular como “uma expressão da realidade do curso, mas uma manifestação de intenções e uma expressão ideológica de seus formuladores”. Concordando com o mesmo autor, acrescento que para mim “a conformação dos currículos expressa não apenas a compreensão docente dos problemas e da estratégia de ensino mais relevante para a formação do estudante, como também [...] a distribuição de poder dos diferentes departamentos das faculdades” (p. 116).

A pesquisa documental faz uso de documentos que não sofreram qualquer tratamento analítico, a fim de investigá-los, examiná-los, analisá-los e após a organização dos dados obtidos a partir desses processos, desenvolver sínteses sobre o que foi elucidado dos mesmos (SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009). Estes procedimentos contribuíram significativamente para o embasamento e a construção de arcabouço teórico que norteou as análises posteriores.

Além disso, como um dos métodos de análise do material coletado com a aplicação dos questionários, adotei a análise de conteúdo. Segundo Bardin (1977, p. 42), esta seria

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Bauer (2010, p. 192) acrescenta afirmando que ela permite “[...] reconstruir indicadores e cosmovisões, valores, atitudes, opiniões, preconceitos e estereótipos e compará-los entre comunidades”. Seria definida, portanto, como técnicas de pesquisa que viabilizam a replicação e validam as inferências sobre um fenômeno estudado (Minayo, 2008).

Sendo assim, os dados foram produzidos e organizados seguindo-se a proposta de análise de conteúdo de Bardin (1977), obedecendo às etapas de pré-exploração e seleção das unidades de análise e categorização; para então dar início a fase de análise propriamente dita do material.

Além disso, para a realização da análise interpretativa dos dados textuais, contei também com o auxílio de um software para organização e tratamento dos dados, o Iramuteq. De acordo com Camargo e Justo (2013), este programa torna possível a análise de dados textuais, desde o tipo mais simples (lexicografia básica), até análises multivariadas. A partir dele, foi possível organizar a distribuição do vocabulário de forma compreensível e visivelmente clara. O uso desse instrumento permitiu representar em diagramas de fácil visualização, especificamente árvores de similitude e nuvens de palavras, a essência das respostas dos estudantes, o que embasou a intuição e interpretação das relações entre os termos e ideias presentes. Kelle (2010) afirma que o uso de pacotes de software para análise de *corpus textual* pode “[...] tornar o processo de pesquisa mais sistemático e explícito, e por isso mais transparente e rigoroso” (p. 408). Com essa metodologia de análise, portanto, realizei a categorização e codificação do *corpus textual* das respostas obtidas no intuito de compreendê-las em conjunto e identificar possíveis padrões entre elas.

6.3 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA (CAAE: 87862917.8.0000.5531 – Parecer n.2.769.003). Todos os estudantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que lhes garantiu o anonimato quanto às respostas, mas que autorizou as citações delas, no decorrer da investigação. Informo que os dados extraídos das respostas dos estudantes ficarão mantidos em posse do grupo de pesquisa por até 5 anos após a finalização do estudo.

ARTIGO 1
O ENSINO DA ÉTICA E DAS HUMANIDADES NA GRADUAÇÃO EM
MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

O ENSINO DA ÉTICA E DAS HUMANIDADES NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Vitória Batista Calmon de Passos

Renata Meira Veras

Marcelo Nunes Dourado Rocha

RESUMO

O cotidiano dos serviços de saúde aponta que a atuação de muitos médicos ainda se mostra incoerente com a ideia de humanização. Dessa maneira, entendendo que a prática profissional sofre reflexos diretos da formação, analisar os conteúdos abordados na formação em medicina se constitui num objeto de estudo muito importante. Entender as possíveis temáticas curriculares que influenciam a atuação desses profissionais pode ser significativo para se pensar soluções para mudar o que for necessário no intuito de se promover uma formação humanizada. Considerando isso, o presente estudo objetivou analisar de que maneira as contribuições do campo das humanidades estão inseridas no texto das ementas do Eixo Ético-Humanístico (EEH) do currículo do curso de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Para tanto, realizou-se um estudo exploratório, do tipo documental, tendo como fonte primária de dados as ementas e conteúdos programáticos das 8 disciplinas que compõem o EEH. O software Iramuteq foi utilizado para organização e tratamento dos dados, produzindo uma nuvem de palavras e uma árvore de similitude. Os resultados demonstraram que o EEH aponta uma diversidade temática, mas também uma tendência à enfoques relacionados à prática ética e resolução de conflitos. Essas observações indicam que o currículo médico da UFBA ainda está incoerente com a proposta de uma formação médica humanística. Isso reforça a necessidade de se promover mais investigações sobre essa formação, considerando também aspectos das práticas em salas de aula, além da perspectiva documental.

Palavras-chave: Educação médica; Currículo; Humanidades; Humanização; Universidade.

ABSTRACT

The daily life of health services points out that the work of many doctors is still inconsistent with the idea of humanization of services. In this way, considering that the practice suffers direct reflexes from the training, to analyze the contents covered in medical training is a very important object of study. Understanding the possible curricular themes that influence the performance of these professionals can be significant to think about solutions to change what is inappropriate. Considering this, the present study aimed to analyse how the contributions of the humanities field are inserted in the text of the Etic-Humanistic Axis (EHA) of the curriculum of the medical course at the Faculty of Medicine of the Federal University of Bahia. For that, the Iramuteq software it was used to organize and to treat the data, producing a word cloud and a similarity tree. The text of 8 subjects were analyzed and as an analytical method, documental analysis was chosen. The results showed that the EHA points to a rich diversity of themes, but also a trend to approaches related to ethical practice and conflict resolution. These observations show that UFBA's medical curriculum is yet inconsistent with the proposal for humanistic medical training. This reinforces the need to promote further research on this training, also considering aspects of classroom practices, in addition to the documentary perspective.

Keywords: Medical education; Curriculum; Humanities; Humanization; University.

Introdução

Atualmente a formação dos médicos e demais profissionais da saúde tem sido baseada no modelo técnico-científico, tendendo a uma supervalorização dos aspectos biológicos da saúde, em detrimento das discussões do campo das Humanidades (RIOS, 2010; BLASCO, 2011; HOWARD, 1975). Esta realidade, então, permite inferir que as dimensões subjetivas do processo saúde-doença e da relação médico-paciente também têm sido postas em segundo plano no processo formativo.

Para Traverso-Yépez e Morais (2004) tanto as práticas de saúde quanto as educativas estão ligadas ao avanço científico e tecnológico, como também aos modelos de prática de cuidado condicionados por concepções e valores sócio-historicamente determinados. É dentro dessa concepção que os currículos também são compreendidos neste estudo. O currículo é constituído mediante inúmeras implicações sociais, políticas, culturais, estéticas e éticas que o definem como um artefato socioeducacional (GOODSON, 2007; MACEDO, 2017).

Sacristán (2013) situa, ainda, o currículo como subscrito a um território controverso e conflituoso, justamente por não ser neutro, universal e imóvel. Ele exprime os significados, valores e práticas que foram historicamente moldados a partir de tensões políticas, culturais e históricas. O reflexo disso é a constatação de que apesar do movimento para inserção do tema humanização na formação médica, sua realização ainda apresenta grandes obstáculos (RIOS, SIRINO, 2015).

No contexto brasileiro, do ponto de vista institucional e em âmbito nacional, uma série de iniciativas foram fundamentais para a compreensão de formação médica ético-humanística que existe atualmente. Pode-se considerar o papel da Reforma Sanitária, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 80, como um dos marcos iniciais. O SUS, através de seus princípios da Integralidade, Equidade e Universalidade do atendimento, desde sua criação já introduziu, ainda que indiretamente, a ideia da necessidade da humanização da formação em saúde.

A respeito da inclusão das Humanidades como conteúdo formativo em medicina no Brasil, diversos movimentos de reforma curricular foram empreendidos com esse intuito. A criação em 1991 da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) foi um dos marcos desse processo. Outras iniciativas importantes foram o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado no ano 2000; que deu origem, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004). Esta última, deu início “às discussões acerca do acolhimento, da importância

do diálogo e da conversa” (PASSOS et al, 2020, p. 2) e destacou a importância da Humanização nos âmbitos dos serviços, da gestão e da formação em saúde. No texto da PNH, especificamente no tópico 3, das estratégias gerais para implementação da política, indica-se que a mesma “componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e na extensão em saúde” (p. 11), vinculando-a às instituições formadoras (BRASIL, 2004).

Destacam-se também o Programa de Melhoria e Expansão do Ensino Médico (PROMED/2002), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde/2005) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/2008), enquanto grandes incentivadores da reestruturação da formação médica. Isto, visando entre outros objetivos, maior integração entre o ensino e o SUS, tanto como norteador de princípios formativos, como ambiente de práticas. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005; BRASIL, 2008).

Finalmente, é necessário destacar nesse contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina. As primeiras DCN foram criadas em 2001 e em 2014 passaram por uma reformulação que é vigente até o momento atual (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014).

O Eixo Ético-Humanístico no currículo do curso de medicina da UFBA

O curso médico da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com apoio financeiro do Pró-Saúde, passou por uma mudança curricular na graduação no ano de 2007. Segundo Nery e colaboradores (2013), essa transformação objetivou aperfeiçoar a formação dos médicos buscando adequar o perfil do egresso ao marco normativo vigente nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina, aprovadas em 2001 (BRASIL, 2001). O novo currículo, em seu Projeto Político-Pedagógico (PPP), baseava-se na ideia de integração curricular e foi organizado em módulos, buscando contemplar as dimensões técnico-científica, ético-humanística e de formação em pesquisa.

Essa reformulação se deu com o objetivo de criar uma nova arquitetura curricular que se contrapusesse a comum e excessiva fragmentação curricular por disciplinas. O intuito disso, segundo Formigli et al. (2010, p.8) seria favorecer a “[...] interdisciplinaridade do conhecimento acadêmico, pela abertura de canais de comunicação entre os campos disciplinares”. Esclarecendo, contudo, que existem “[...] limites impostos pelas especificidades de cada campo disciplinar [...]” e reforçando a necessidade de “[...] respeitar esses limites para não correr o risco de cair no ecletismo”. Ainda de acordo com a proposta, as

dimensões ético-humanística e de formação em pesquisa deveriam perpassar todos os módulos de forma trans e interdisciplinar (FORMIGLI ET. AL., 2010).

De acordo com o PPP do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FAMEB/UFBA), a dimensão ético-humanística é composta por oito disciplinas ofertadas entre o primeiro e oitavo semestres e compreende o debate acerca de conhecimentos múltiplos do campo da ética e das humanidades, tendo em vista o desenvolvimento de atitudes éticas e humanas, integrando todas as práticas curriculares, por estar presente em todos os módulos da graduação. (FORMIGLI ET. AL., 2010). Importante ressaltar que apesar de novas DCN terem sido publicadas em 2014, o currículo básico vigente na FAMEB/UFBA ainda é o mesmo da reformulação proposta em 2007.

Diante de todo o exposto, e considerando a importância da inserção de conteúdos éticos e humanísticos nos currículos dos cursos de medicina, o objetivo desse artigo é analisar de que maneira as temáticas do campo da ética e das humanidades estão inseridas nas ementas e nos conteúdos programáticos das disciplinas do Eixo Ético-Humanístico do currículo do curso de medicina da FAMEB/UFBA.

Percurso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, do tipo documental. O recorte metodológico incidiu sobre o curso de medicina ofertado pela UFBA. Os dados foram coletados a partir das ementas oficiais das disciplinas do curso, disponibilizadas no site oficial da Faculdade de Medicina da UFBA e sua análise contou com o suporte do software Iramuteq e com a reflexão dos autores deste trabalho.

A análise documental, corroborando com Cellard (2012), envolve as etapas de análise preliminar e a análise propriamente dita; na primeira, a partir do exame e da crítica literal do documento em foco, consideram-se as dimensões do contexto de produção do documento, de seus autores, a confiabilidade e autenticidade do material, natureza do texto e, as palavras-chave e lógica interna do mesmo; já a segunda, incorpora também a interpretação dos investigadores, considerando o material analisado em todas as suas dimensões, a questão de investigação e a literatura científica que embasa tais interpretações.

Entendendo que a pesquisa documental faz uso de documentos que não sofreram qualquer tratamento analítico, a fim de investigá-los, examiná-los, analisá-los e após a organização dos dados obtidos a partir desses processos, desenvolver sínteses sobre o que foi elucidado dos mesmos (SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009), compreendemos que a

combinação do uso do software com o emprego do método da análise documental tornou o percurso metodológico dessa investigação mais dinâmico e inovador.

Universo da Pesquisa

Atualmente, o projeto pedagógico do curso de medicina é composto por 74 componentes curriculares obrigatórios, sendo 65 disciplinas teórico-práticas e 9 componentes referentes aos estágios, além de outros 41 componentes curriculares optativos. A carga horária total deste currículo é de 8.987 horas, das quais 8.719 são referentes aos componentes obrigatórios (4.663 horas – disciplinas teórico-práticas; 3.920 horas – estágios), 136 horas aos optativos e 102 horas às atividades complementares. As disciplinas obrigatórias estão distribuídas entre o 1º e 8º semestres e, após esse período, seguem-se os estágios em formato de Internato. Nesse contexto, o EEH está inserido entre os componentes obrigatórios do 1º ao 8º semestre do curso, com oito disciplinas intituladas “Ética e Conhecimento Humanístico”, sendo o título de cada uma acompanhado da numeração do semestre correspondente em algarismo romano (I – VIII).

Acompanhando o pensamento de Rego (2003, p. 114), neste estudo não se compreende a grade curricular como “uma expressão da realidade do curso, mas uma manifestação de intenções e uma expressão ideológica de seus formuladores”. Desse modo, “... a conformação dos currículos expressa não apenas a compreensão docente dos problemas e da estratégia de ensino mais relevante para a formação do estudante, como também [...] a distribuição de poder dos diferentes departamentos das faculdades” (p. 116). Assim, ainda que as ementas e conteúdos programáticos dos componentes curriculares não reflitam necessariamente o que se desenvolve no cotidiano das aulas, a análise deste material permite uma compreensão das concepções que orientam os temas discutidos em sala e os processos pedagógicos de ensino-aprendizagem.

O Software Iramuteq

A utilização de softwares no auxílio de investigações qualitativas desde a década de 80 vem sendo cada vez maior (SOUZA *et al.* 2018). Diante disso, sendo um software de código fonte aberto, o Iramuteq tem como uma de suas premissas a democratização do acesso a ferramentas que dinamizam o método científico. Sua principal fonte de utilização é para a organização e o tratamento de dados textuais ou em formato de matrizes. A execução das análises estatísticas que ele permite depende do software R e a linguagem de programação na qual ele se desenvolve é a *Python*. Entre as principais vantagens de se utilizar ferramentas

como essa em pesquisas qualitativas, está a possibilidade de tornar mais rápidas e igualmente eficientes e rigorosas algumas etapas metodológicas, sendo alguns exemplos: a ajuda na organização e separação de informações, agilidade no processo de codificação, facilidade na localização dos segmentos de texto e aumento da eficiência desse processo. Os tipos de análises textuais que o Iramuteq permite são: Estatísticas; Especificidades e Análise Fatorial de Correspondência; Classificação Hierárquica Dependente ou Método de Reinert; Análise de Similitude; e Nuvem de palavras (CAMARGO, JUSTO, 2013).

Considerando que de acordo com Kelle (2010), o uso de pacotes de software para análise de *corpus textual* pode “[...] tornar o processo de pesquisa mais sistemático e explícito, e por isso mais transparente e rigoroso” (p. 408), o uso do Iramuteq nesta investigação foi de grande relevância.

Camargo e Justo (2013), explicam que através do Iramuteq é possível realizar a análise de dados textuais, desde os tipos mais simples até análises multivariadas. Os autores acrescentam ainda que essa ferramenta torna possível organizar a distribuição do vocabulário de forma compreensível e visivelmente clara. Além disso, esse software permite criar uma representação num diagrama de fácil visualização, da essência dos textos analisados, favorecendo o intuir das relações entre os termos e ideias presentes, sendo esta característica o principal potencial das nuvens de palavras e análises de similitude.

Apesar de todas essas possibilidades de análise que o Iramuteq favorece, é primordial esclarecer que ele atua apenas como um facilitador de processos, visto que a análise propriamente dita e as reflexões acerca dos resultados, dependem unicamente do trabalho dos pesquisadores envolvidos. Portanto, é a leitura atenta e embasada dos dados gerados pelo programa que garantem uma boa discussão, reforçando o caráter qualitativo deste tipo de investigação.

Procedimentos de análise

Inicialmente, foi necessária a criação do *corpus* textual. Camargo e Justo (2013) explicam que um corpus é construído pelos pesquisadores e é composto pelo conjunto dos textos que se pretende analisar. Existe uma série de normas referentes à formatação textual acerca de linhas de comando, regras ortográficas e quanto ao formato para salvamento do arquivo, que precisam ser seguidas na construção desse corpus para que o software funcione corretamente. Neste estudo, foi criado um corpus incluindo os textos das ementas e o conteúdo programático de todas as disciplinas que compõem o Eixo Ético-Humanístico (EEH). Essas informações foram coletadas a partir do site oficial da FAMEB/UFBA, que disponibiliza em

formato PDF os programas oficiais de todos os componentes curriculares do curso. A Figura 1 apresenta todas as disciplinas do currículo do curso de medicina e suas respectivas cargas horárias. Com destaque em lilás é possível identificar àquelas do EEH e sua distribuição ao longo dos semestres.

Figura 1 – Representação gráfica da matriz curricular do curso de medicina da UFBA

UFBA FMB	CURSO MEDICINA	INTEGRAÇÃO CURRICULAR	OB	OP	AC	TOTAL	DURAÇÃO EM ANOS	Mínimo 6	<input type="checkbox"/> Semestre <input type="checkbox"/> CH Semestral		
		CARGA HORÁRIA	8719	136	102	8957		Médio 7		Máximo 9	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9 e 10	11 e 12
		595h	527h	748h	612h	566h	510h	629h	612h	2000h	1920h
		BIO 158 85h	ICS 003 85h	ICS 059 85h	ICS 016 85h	ICS A90 68h	ISC B87 85h	MED B43 204h	MED B34 51h	INTERNATO I	INTERNATO II
		ICS 038 85h	ICS A83 102h	ICS A86 136h	ICS 039 85h	MED 103 90h	MED B29 204h	MED B44 102h	MED B53 68h	MED 229 400h	MED 243 480h
		ICS 058 85h	ICS A84 85h	ICS A87 102h	ICS A89 68h	MED 237 85h	MED B30 51h	MED B45 51h	MED B54 102h	MED 230 400h	MED 244 480h
		ICS 062 170h	ICS A85 102h	ICS A88 85h	MED B20 204h	MED B25 204h	MED B31 34h	MED B46 51h	MED B55 204h	MED 231 400h	MED 245 480h
		MED B10 102h	MED B13 85h	MED B16 204h	MED B21 85h	MED B26 51h	MED B35 51h	MED B47 51h	MED B56 68h	MED 232 400h	MED 246 480h
				MED B19 68h	MED B22 34h	MED B27 34h	MED B36 51h	MED B48 34h	MED B57 51h	MED 242 400h	
								MED B49 34h	MED B58 17h		
								MED B52 51h			
		MED B11 34h	MED B14 34h	MED B17 34h	MED B23 17h	MED B28 17h	MED B37 17h	MED B50 17h	MED B59 17h	EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO	
		MED B12 34h	MED B15 34h	MED B18 34h	MED B24 34h	MED B32 17h	MED B33 17h	MED B51 34h	MED B60 34h	EIXO DE FORMAÇÃO EM PESQUISA	
OPTATIVAS: 136h											
ATIVIDADES COMPLEMENTARES: 102h											

Fonte: Extraída pelos autores a partir do site oficial da Faculdade de Medicina da UFBA, 2021.

Após a criação do corpus, efetuou-se a leitura integral de todas as ementas e conteúdos que o compuseram e optou-se por, para este estudo, utilizar o Iramuteq para geração de uma nuvem de palavras evidenciando os termos mais presentes nos textos analisados e de uma árvore de similitude para identificação de conexões entre palavras. O objetivo deste tratamento foi justamente o de identificar quais os principais conceitos que orientam a formação ético-humanística dos estudantes de medicina da UFBA segundo seu currículo. A nuvem de palavras permite o agrupamento e a organização gráfica das palavras do corpus em função da sua frequência. Trata-se de uma análise lexical de um tipo mais simples, mas que graficamente possibilita uma rápida identificação das palavras-chave de um corpus. (CAMARGO, JUSTO, 2013) Vale ressaltar que para composição da nuvem o software seleciona somente as formas ativas determinadas pelo pesquisador. Neste caso, as formas

ativas foram substantivos e adjetivos. Para a composição da nuvem de palavras, todas as formas ativas identificadas pelo software foram consideradas.

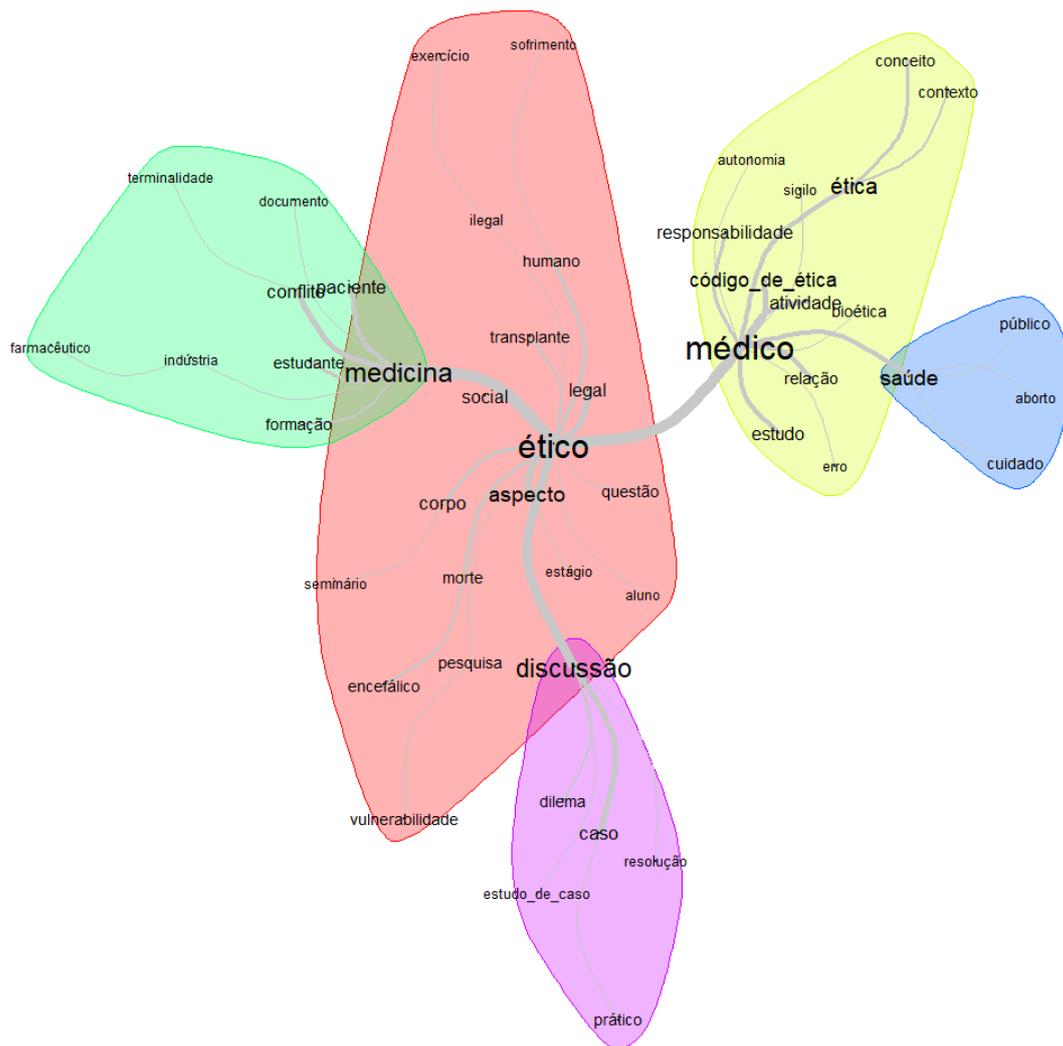
A análise de similitude, por sua vez, tem fundamento na teoria dos grafos e permite a identificação de coocorrências entre as palavras. O resultado é apresentado em um diagrama, como uma árvore que se ramifica em galhos, que aponta a intensidade das conexões entre as palavras de acordo com a espessura das linhas que as ligam. Esse tipo de análise auxilia na identificação da estrutura de um corpus textual e é capaz de distinguir também as partes comuns e as especificidades em função das variáveis identificadas na análise. Dessa maneira, com as devidas configurações, é possível criar halos coloridos, que agrupam subcomunidades de palavras que tem mais proximidade dentro do universo léxico do corpus textual (CAMARGO, JUSTO, 2013). Neste estudo, foi criada uma árvore de similitude no intuito de compreender melhor como as palavras-chave destacadas na nuvem criada anteriormente estariam relacionadas. A frequência mínima de repetição de uma palavra para que ela fosse incluída na análise de similitude foi de quatro vezes, para que a representação gráfica gerada pelo programa não ficasse poluída visualmente.

Resultados

Na matriz curricular do curso médico da UFBA, o EEH ocupa uma carga horária total de 187 horas, distribuídas da seguinte forma: as 3 primeiras disciplinas com 34 horas e as cinco subsequentes, com 17 horas cada uma. Essa distribuição pode ser observada na Figura 1, apresentada anteriormente.

Já a figura 2, a seguir, retrata a nuvem de palavras gerada a partir do texto integral das ementas e conteúdos programáticos das disciplinas do EEH, com auxílio do software Iramuteq. As palavras de maior destaque foram “médico”, “ético”, “medicina”, “discussão”, “ética”, “corpo”, “aspecto”, “paciente”, “saúde”, “responsabilidade”, “código de ética”, e “caso”. A partir desses vocábulos, a inferência inicial que se percebe a partir dessa nuvem é que o EEH, de maneira geral, tem foco no médico e em seus comportamentos éticos. Tendo em conta as condutas adequadas que devem ser tomadas por esse profissional em relação ao paciente, visando à saúde deste e também uma autoproteção daquele, diante de situações conflituosas e dilemas do cotidiano de práticas.

Figura 2 - Nuvem de palavras-chave construída a partir das ementas e conteúdos programáticos das disciplinas do Eixo Ético-Humanístico do currículo médico da UFBA.



Fonte: Elaborada pelos autores com suporte do software Iramuteq, 2021.

As conexões apresentadas na figura 3 evidenciam a existência de cinco palavras-chave: “ético”, “médico”, “medicina”, “discussão” e “saúde”, as quais originam os halos com as principais temáticas abordadas no EEH. Observa-se que de maneira geral, cada halo contém um conjunto de palavras que estão correlacionadas entre si e quando agrupadas, permitem compreensão de seu sentido de maneira independente dos demais halos. Ademais, percebe-se que o vocábulo “ético” tem importância central, visto que ele estabelece relações com 3 dos demais termos centrais da árvore: “médico”, “medicina” e “discussão”, sendo a conexão entre eles. Enquanto isso, o halo originado a partir da palavra saúde estabelece relação direta e derivação apenas com a palavra “médico”, não demonstrando conexões diretas com os demais halos.

Partindo da análise do halo vermelho, que tem como chave a palavra “ético”, a reflexão a respeito deste termo precisa se dar em conjunto com a dos demais termos integrantes da periferia do halo: “aspecto, social, legal, corpo, morte, transplante, estágio, questão, aluno, pesquisa, seminário, encefálico, vulnerabilidade, humano, ilegal, exercício e sofrimento”. A forte conexão do termo “ético” com o termo “aspecto”, já introduz uma percepção inicial de que no EEH, um dos enfoques principais está no estudo dos aspectos éticos da prática. Sendo assim, os demais vocábulos e a leitura completa das ementas e conteúdo programáticos reafirma essa percepção e detalha mais como isso se dá, evidenciando a presença de debates sobre os limites entre o exercício legal e ilegal da medicina, os principais conflitos éticos da relação médico-paciente e dilemas éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e da morte. Estas discussões ganham destaque no EEH nas disciplinas do terceiro, quarto, quinto e oitavo semestres.

O halo amarelo, por sua vez, origina-se a partir da palavra “médico” e é composto pelos demais vocábulos: “código de ética, responsabilidade, estudo, relação, atividade, bioética, erro, autonomia, sigilo, ética, contexto e conceito”. A reflexão acerca deste conjunto de vocábulos indica que no EEH um dos principais focos está na apreensão pelos estudantes, acerca do papel do médico nas diversas situações éticas que perpassam sua atividade prática, configurando-se como dilemas ou situações conflituosas. Dentro disso, explorando-se a ideia da responsabilidade profissional por seus atos e as orientações do Código de ética da profissão. Identificamos que tais noções estão presentes em todas as disciplinas do EEH, mas são mais enfatizadas nas discussões do primeiro, terceiro, quinto, sexto, sétimo e oitavo semestres.

Conectado ao halo amarelo, está o halo azul, iniciado pelo termo “saúde”. Este pequeno agrupamento é composto também pelas palavras “público, aborto e cuidado”. A análise destes termos no contexto das ementas, permitiu identificar que este halo aponta palavras mais relacionadas às disciplinas do eixo estudadas no segundo e terceiro semestres. Estas, em seus textos, respectivamente anunciam que se destinam ao “estudo dos dilemas morais que permeiam o início da vida no contexto plural brasileiro”, destacando-se a temática do aborto como um problema de saúde pública; e dos “conflitos éticos entre a medicina e o viver, onde o corpo torna-se objeto da prática e da construção do saber médico”, destacando-se o aprendizado acerca do conceito de cuidado em saúde e a necessidade de sua humanização.

No halo verde, destaca-se como palavra originadora do mesmo: “medicina” e como demais termos do grupo: “conflito, paciente, estudante, formação, indústria, farmacêutico, documento e terminalidade”. A interpretação deste grupo, associada à leitura das ementas,

admite pensar que um dos enfoques da formação ético-humanística na UFBA perpassa o estudo e a compreensão da medicina e suas relações com os sujeitos sociais que a integram - médico, pacientes e estudantes de medicina; assim como sua relação com as demais entidades associadas à sua prática, como a indústria farmacêutica. Na leitura das ementas, identificamos que tais abordagens prevalecem nas temáticas das disciplinas do primeiro, quarto e oitavo semestres. Onde a primeira explora a apresentação da Medicina enquanto profissão e de conceitos considerados fundamentais para o seu exercício. A segunda, debate essencialmente acerca dos conflitos éticos envolvendo a ideia de terminalidade em Medicina. E por fim, a terceira explora aspectos éticos e legais da relação do médico com a sociedade, tendo como um dos temas destacados a relação entre Medicina e Indústria farmacêutica.

Observando a Figura 3 é possível perceber que o halo verde se encontra parcialmente imerso no halo vermelho. Mais precisamente, o termo “medicina” está realizando tal intersecção. Isto, associado à grande espessura do ramo que liga esta palavra à “ético”, palavra-chave do halo vermelho, indica que ambos estão fortemente associados. Este achado se confirmou com a leitura do corpus textual e acreditamos que uma provável justificativa se deve ao fato das temáticas discutidas no halo central, apresentadas anteriormente, terem, de maneira geral, a Medicina, enquanto profissão, como pano de fundo. E inclusive por compartilharem a predominância de temáticas nas disciplinas do quarto e oitavo semestres.

Finalmente, o halo rosa é originado pela palavra-chave “discussão” e agrupa também consigo os vocábulos: “dilema, caso, resolução, estudo de caso e prático”. Este conjunto, claramente destaca palavras relacionadas a metodologias de ensino vivenciadas no EEH. A observação dos conteúdos programáticos permite inferir que há no EEH discussão de casos clínicos, embasadas por conteúdos do Código de Ética Médica e de Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, além de estudos de caso relacionados à prática médica, destacando-se os dilemas das situações em questão abordadas e as estratégias para resolução de tais questões. Percebemos que estes métodos estão inseridos em todas as disciplinas do EEH.

Discussão

No PPP do curso, explica-se que no contexto da criação do EEH, o objetivo inicial era a transversalidade deste conjunto de componentes aos demais de cada semestre, durante toda a formação; e ainda a interdisciplinaridade de conteúdos e temas trabalhados (FORMIGLI *et al*, 2010). No entanto, o que se observa a partir da análise da matriz e da leitura das ementas, é que estes objetivos não conseguiram ser contemplados e o EEH, existe com cada disciplina funcionando de maneira independente em cada semestre. Configurando uma espécie de “ilha”

dentro do currículo geral, tal como explica Rios (2009) em estudo similar sobre inserção de conteúdos humanísticos na formação médica.

A transversalidade de conteúdos éticos e humanísticos em toda a formação médica é algo preconizado pelas DCN de 2014. O inciso VII do art. 23 deste documento, referente aos conteúdos curriculares que devem ser abordados no curso, destaca a necessidade de:

VII – abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos **direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena** (BRASIL, 2014).

Também a Interdisciplinaridade é apontada pelas DCN/2014, especialmente no inciso IV do art. 29, como inerente à estrutura do curso de graduação médica:

IV – promover a integração e a **interdisciplinaridade** em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as **dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais**. (BRASIL, 2014)

A interdisciplinaridade permite que problemas que não puderam ser resolvidos por uma área de conhecimento específica possam ser pensados e compreendidos por meio do diálogo entre diferentes áreas. Contudo, isto implica a necessidade de uma consciência prévia acerca dos limites e potencialidades de cada campo, para dessa maneira se promover construções coletivas a partir da interação entre eles (GARCIA *et al*, 2007).

Ao longo da presente análise foi possível identificar que as dimensões étnico-racial, cultural e ambiental apontadas no inciso evidenciado acima no art. 29, a serem contempladas de maneira interdisciplinar no currículo, não recebem qualquer menção direta no texto das ementas e conteúdos programáticos das disciplinas do EEH. De maneira similar, as temáticas mencionadas no inciso VII do art. 23 das DCN/2014 como necessárias à abordagem transversal no currículo médico também não estão presentes no texto das ementas nem nos conteúdos programáticos das disciplinas analisadas. É possível que tais temáticas e dimensões sejam contempladas em outros componentes curriculares da formação na FAMEB/UFBA. Contudo, considerando o caráter transversal e interdisciplinar destas, previsto nas DCN, sua ausência ou omissão nos textos analisados é alarmante.

A desigualdade social inerente à sociedade brasileira e a histórica opressão de minorias demandam ações institucionais que tentem ao menos amenizar a dureza de tal realidade. Sendo assim, a inclusão no currículo médico das temáticas destacadas no art. 23 e das dimensões do art. 29, é de fundamental importância. E tratando-se especialmente da formação médica na UFBA, o EEH seria um espaço de grande relevância para a exploração de tais conteúdos a partir da perspectiva interdisciplinar. Silva (1995) explica que

[...] As narrativas contidas nos currículos explícita ou implicitamente corporificam noções particulares sobre conhecimento, formas de organização da sociedade, sobre os diferentes grupos sociais, sobre a sexualidade. Essas narrativas são potentes. Elas dizem qual conhecimento é legítimo e qual é ilegítimo, quais formas de conhecer são válidas e quais não o são, o que é certo, o que é errado, o que é moral, o que é imoral, o que é bom e o que é mau, o que é belo e o que é feio, quais vozes estão autorizadas a falar e quais não o são. São silenciadas (p. 136).

Diante disso, cabe ressaltar a necessidade de readequação da matriz curricular da FAMEB/UFBA, no intuito de contemplar tais orientações propostas pelas DCN/2014. A esse respeito, no entanto, é importante destacar que o currículo atual da FAMEB/UFBA é fruto da reformulação ocorrida em 2007. Então, ao propor em seu PPP as noções de transversalidade e interdisciplinaridade, foi inovador em seu momento histórico, tendo em vista que as DCN de 2001, vigentes em tal período, não contemplavam essas noções. A não materialização desses ideais até o presente momento é algo já apontado por Formigli (2010) no passado como uma dificuldade, decorrente principalmente da resistência de docentes e departamentos à proposta de reestruturação curricular. Sendo assim, é possível que tais resistências se mantiveram desde então, culminando na não efetivação do projeto. Com a eminência das novas DCN, a necessidade desta efetivação, no entanto, não é mais opcional e sim um pré-requisito na formação médica brasileira contemporânea.

Não obstante, no que se refere à carga horária do EEH, 187 horas num universo de 8.957 horas totais, percebemos que este corresponde a um percentual de aproximadamente 2% do curso, algo que pode ser considerado insuficiente, tendo em vista a importância de tais conhecimentos para a formação e a prática médica. Contudo, a concretização dos princípios da interdisciplinaridade e transversalidade no currículo, poderia ser uma significativa estratégia de modificar essa realidade.

Quanto aos conteúdos abordados no currículo da graduação em medicina, as DCN/2014 destacam ademais, que: “[...] devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do

cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde” (Art. 23, BRASIL, 2014). E no que tange à formação ético-humanística, enfatizam a compreensão dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), contemplando as dimensões culturais, comportamentais, psicológicas, ecológicas, éticas e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença; e a compreensão e domínio da propedêutica médica, incluindo a capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado.

Nery et. al. (2013, p. 345) explicam que a proposta do EEH “compreendeu o desenvolvimento de atitudes ético-humanísticas integrantes de todas as práticas curriculares”. Essa definição permite pensar que é compreensível o destaque dado aos termos elucidados na nuvem de palavras da Figura 2, visto que se entende que é objetivo do eixo preparar os estudantes para lidar com situações concretas diversas do cotidiano profissional. Entretanto, é importante refletir sobre se o foco da formação ético-humanística proposta pelo currículo deveria ser o ensino de condutas adequadas e a autoproteção do médico frente a situações conflituosas. Some-se a isso a relação entre os termos “código de ética” e “responsabilidade”, com alguns termos com destaque mediano na nuvem, tais quais: “conflito” e “legal”, o que sugere a existência de uma tendência no EEH ao ensino de “como lidar” com situações conflituosas, do ponto de vista legal. Sabe-se que é importante que os estudantes aprendam a lidar com tais situações da profissão, tendo em vista o grande número de casos de judicialização de situações da relação médico-paciente (RMP), e que entre outros fatores, o ensino de conteúdos do campo das Humanidades em medicina visa promover a problematização e a reflexão de aspectos relacionados à práxis médica (PEREIRA, 2005). Entretanto, de maneira mais ampla, é preciso salientar que uma formação médica humanística compreende a

[...] aquisição processual de conhecimentos específicos da área de Humanidades, nesse escopo mais amplo e particularmente destacando a conscientização do comportamento moral e o desenvolvimento de habilidades de comunicação e construção de vínculos. (RIOS E SCHRAIBER, 2012, p. 12)

Dessa maneira, dar foco a essa relação entre conflito e prática não aparenta ser o melhor direcionamento para um currículo ético-humanístico. Essa postura, na verdade, remonta a uma aproximação com a perspectiva deontológica da medicina, que há tempos já demonstra

não ser mais coerente com as necessidades da formação do profissional dessa área (SIQUEIRA, 2003).

Considerando então a figura 3, a partir das constatações acerca do halo vermelho apresentadas nos resultados, é possível inferir que temáticas inerentes ao campo da Bioética tem grande visibilidade nas discussões proporcionadas pelos componentes do EEH, o que é algo bastante positivo. Rego (2008) afirma que as inúmeras transformações vivenciadas pelas sociedades laicas e plurais do mundo contemporâneo têm tornado a bioética e a humanização como temáticas centrais na formação médica. Isto porque, estes campos do saber contemplam diversos assuntos que marcam os contextos do cotidiano da prática médica e assim, tem grande potencial para contribuir com a formação de profissionais capazes de responder às díspares demandas da sociedade atual. Além disso, tratando-se especificamente da Bioética, o autor acrescenta que ela transcende a ética tradicional, pois em seu corpo teórico-prático, inclui também referenciais como autonomia, justiça, proteção e compaixão. Dessa maneira, a ênfase dada aos temas deste campo no EEH, só tendem a enriquecer a formação ético-humanística dos estudantes de medicina da UFBA e contribuir para a humanização de sua futura prática profissional, tal como preconiza as DCN/2014 e a PNH.

Sobre o halo amarelo, refletimos que o destaque dado na formação dos estudantes a “como proceder” em cenários problemáticos do ponto de vista ético-legal, reflete uma preocupação institucional com o fenômeno da judicialização em saúde, bastante comum na atualidade. Vasconcelos (2012) explica que nos últimos anos houve um grande aumento de processos judiciais envolvendo médicos tanto na justiça comum quanto no âmbito administrativo ético-disciplinar dos Conselhos Regionais de Medicina.

Este fato permite inferir duas perspectivas principais: uma positiva e uma negativa. Do ponto de vista positivo, destaca-se a mudança no perfil dos pacientes, que reconhecem seus direitos e deveres e assim, exercem sua cidadania questionando o que não está correto e recorrendo à Justiça se for preciso. Mas do ponto de vista negativo, percebe-se uma massificação desse processo, ou uma excessiva judicialização, mesmo em questões que poderiam ser evitadas a partir de um bom diálogo e reflexão ética (VASCONCELOS, 2012). Diante disso, reconhecemos que os profissionais de medicina devem compreender e conhecer as normas que regulam sua profissão e os limites éticos de sua prática, contudo, a ênfase dada ao ensino de normas de conduta e legislações que destacam os limites da responsabilização do médico no currículo da UFBA, confere à formação ético-humanística um aspecto deontológico. Algo já compreendido consensualmente na literatura como ultrapassado na formação ética desses futuros profissionais (REGO, 2003).

Quanto ao halo azul, a presença dos debates acerca dos dilemas morais que permeiam o início da vida e dos conflitos éticos entre a medicina e o viver, demonstra a integração de conteúdos do campo da Bioética e da Saúde Coletiva ao ensino médico da UFBA. Este fato é importante, pois tal integração contribui significativamente para a concretização do ideal de uma formação médica ético-humanística (REGO, 2008; RIOS, 2016). Contudo, é importante ressaltar o enfoque dado a tais conceitos. De acordo com a leitura integral das ementas, observamos que há uma preocupação em promover o debate acerca das implicações sociopolíticas das questões de saúde, como também o estudo das normativas médicas (do Conselho Federal de Medicina, do Código de Ética e da legislação brasileira em geral) que orientam o comportamento do profissional em tais situações. A conexão deste halo azul com o halo amarelo contribui para essa percepção, ao indicar que tais debates estão diretamente relacionados ao papel do médico diante desses cenários.

Um destaque importante a se fazer neste momento, diz respeito ao fato da palavra humanização só aparecer duas vezes em todo o corpus textual, uma na disciplina do terceiro semestre, como foi descrito anteriormente, associada à ideia de cuidado em saúde; e outra na disciplina do sexto semestre referindo-se à necessidade de humanização do atendimento em um contexto de precariedade das condições de trabalho do médico. Outra menção relacionada à ideia da Humanização, ainda que indiretamente, emerge na disciplina do terceiro semestre, ao abordar dimensões da compreensão do sofrimento humano e o Humanismo como base para apreender tal compreensão e atuar diante do sofrimento. Em todos os contextos referidos, a abordagem da Humanização é significativa para a tentativa de se promover a formação de profissionais mais conscientes de si e do outro, e ainda, de como sua maneira de exercer a prática afeta diretamente quem necessita dela.

No entanto, ao se considerar que as DCN/2014 enfatizam em diversos momentos a importância e a necessidade de se promover a humanização do atendimento, ao passo que, o Artigo 3º das mesmas DCN determina que o graduado no curso de medicina “terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética”; e somando-se a tudo isso, o fato do PPP do curso de medicina da UFBA apontar como objetivo “formar médicos generalistas, com capacidade de atuar de forma integral e humanizada nos diversos cenários de prática”, acreditamos que esta temática deveria ser mais explorada, tanto nos demais componentes curriculares do EEH, quanto nas demais disciplinas do currículo do curso (BRASIL, 2014).

Acerca do halo verde, no que tange aos conceitos fundamentais para o exercício profissional da Medicina, abordados no primeiro semestre do curso, destacam-se no EEH aqueles inerentes aos campos da Ética, Bioética e Deontologia Médica, o que acaba por

indicar os pilares sob os quais se distribuem todas as temáticas abordadas nos semestres seguintes do EEH. Uma particularidade positiva deste componente é o enfoque dado às questões relativas às vivências dos estudantes, tais quais: o estudo da relação interpessoal dos estudantes de medicina, conflitos éticos vivenciados pelos alunos, “biologização” do paciente, alunos assumindo postura de médico responsável pelo paciente, entre outros. Sobre isso Rego (2003) destaca a importância de se abordar na formação as situações às quais os estudantes estão envolvidos e que têm implicações éticas, isto porque, refletir acerca destas teria potencial para o desenvolvimento de comportamento moral entre eles.

No EEH, o debate acerca da terminalidade é uma especificidade da disciplina do quarto semestre que versa sobre diversas temáticas inerentes à morte, principalmente explorando os conflitos e pontos de vista ético e legal da atuação médica nesse contexto. Marengo et al. (2009) esclarecem que em situações de terminalidade, a perspectiva de trabalho que se faz essencial é baseada na multidisciplinaridade e orientada pela ideia de Humanização, que de maneira sucinta, seria o cuidado adotando uma abordagem humanista e integrada. Sendo assim, a não menção à tais conceitos neste componente curricular demonstra uma lacuna importante no EEH. Como já foi mencionado, a Humanização enquanto temática transversal à toda a formação médica é preconizada não só pelas DCN/2014 como também pela Política Nacional de Humanização.

Além disso, ao se discutir no oitavo semestre a relação do médico com a sociedade também sob o ponto de vista ético-legal, percebemos, mais uma vez, a abordagem deontológica de conteúdos em evidência na formação ético-humanística da FAMEB/UFBA. Explora-se a discussão sobre conflitos de interesse, documentos médicos e exercício legal e ilegal da medicina (ponto discutido no halo vermelho). Um ponto de destaque, no entanto, é a temática da relação entre Medicina e Indústria Farmacêutica.

A prática médica contemporânea é fundamentada nas evidências científicas, portanto, é diretamente influenciada por resultados de pesquisas científicas no campo da saúde. Todavia, atualmente a Indústria Farmacêutica – entendida aqui como um complexo industrial voltado para produção e comercialização de medicamentos, vacinas, cosméticos e afins – é responsável pelo financiamento de muitas pesquisas, principalmente às voltadas para o desenvolvimento de medicamentos, o que tem gerado muitos resultados tendenciosos (BONFIM, PEREIRA, 2004; PERES, JOB, 2010). Além disso, o investimento maciço em publicidade e no estabelecimento de boas relações interpessoais com médicos e estudantes de medicina, através de presentes, facilidades e financiamento de eventos, também tem influenciado às prescrições médicas no que tange ao favorecimento de medicamentos de

certas marcas em detrimento de outras, ou dos genéricos, por exemplo. (BONFIM, PEREIRA, 2004; PERES, JOB, 2010). Dessa maneira, abordar criticamente as questões éticas e bioéticas desta relação é um ponto importante para uma formação ético-humanística de qualidade.

Já a respeito do halo rosa, sabe-se que as metodologias destacadas são consideradas do tipo “ativas” e que métodos assim, por sua vez, são bastante valorizados na formação médica devido a sua efetividade na promoção da apreensão dos conteúdos pelos estudantes (RIOS, 2016). Spricigo (2014, p.1) explica que o estudo de caso “é uma abordagem de ensino baseada em situações de contexto real”, e estas abordagens “são poderosas para desenvolver competências e habilidades relativas à resolução de problemas, à tomada de decisão, à capacidade de argumentação e ao trabalho efetivo em equipe”. Este, tem o potencial de permitir que os estudantes tragam ao contexto real aqueles conceitos que, se estudados isoladamente, podem parecer abstratos ou desconexos.

Considerando tudo que foi apresentado, esses resultados permitem inferir que diversas temáticas, igualmente importantes e necessárias, se fazem presentes no EEH. No entanto, percebemos que aspectos deontológicos da formação ganham grande espaço de discussão nos componentes curriculares, algo considerado ultrapassado no contexto atual. Sobre isto, vale ressaltar o pensamento de Siqueira (2003) que explica que

Numa sociedade plural e secularizada, na qual o médico defronta-se cotidianamente com diferentes matizes de moralidade, torna-se imprescindível aprender a tomar decisões em sintonia com essa nova realidade. Não basta, portanto, conhecer normas morais e legais já que o momento exige respeito à autonomia do paciente, espírito de tolerância, prudência e humildade para construir relacionamentos mais simétricos com o ser humano enfermo (p.35).

Dessa maneira, ressalta-se mais uma vez a necessidade do currículo médico da FAMEB/UFBA realizar as devidas readequações referentes às orientações propostas pelas DCN de 2014 corroborando assim, também com a literatura contemporânea sobre a temática. Vale ressaltar que a leitura integral das ementas foi fundamental para garantir a coerência desta análise, visto que o contexto das palavras destacadas na nuvem e na árvore de similitude, embasou e reforçou o que foi apontado pelo processamento no software.

Considerações Finais

A formação médica é objeto de estudo frequente porque a qualidade da atuação desses profissionais no cotidiano dos serviços de saúde reflete em parte o seu processo formativo.

Num cenário de críticas de pacientes, demais profissionais e pesquisadores, sobre a necessidade de se garantir uma formação mais humanística no intuito de promover práticas mais humanizadas, este estudo se demonstrou necessário e relevante por permitir a construção de uma visão panorâmica acerca do que é ensinado e aprendido no EEH do currículo médico da Faculdade de Medicina da UFBA, considerando o texto oficial das ementas de suas disciplinas. Diante do que foi exposto, ficou clara a presença de conteúdos éticos e humanísticos importantes para a formação médica, contudo, sua diversidade e sua articulação com os demais componentes curriculares do curso ainda são insuficientes. Essa observação permite questionar se este é um problema essencialmente dos textos das ementas ou se no cotidiano das aulas isso também se reflete.

Tal indagação indica a necessidade de estudos complementares sobre esse tema, que se debrucem sobre essa perspectiva mais ampla, tendo em conta tanto o ponto de vista dos estudantes, quanto dos professores sobre o que é vivenciado no EEH. Além disso, observamos que algumas temáticas importantes tais quais a educação para as relações étnico-raciais, educação ambiental, direitos humanos e das pessoas com deficiência e história afro-brasileira e indígena, preconizadas na DCN/2014 como de inserção transversal à formação, não foram mencionadas nas ementas e conteúdos das disciplinas do EEH. E de maneira similar, a temática da Humanização também esteve pouco presente. Estes fatos apontam uma limitação do presente estudo, pois o mesmo se debruçou sobre a análise curricular apenas dos componentes do Eixo Ético-Humanístico, e assim, elucidam a importância de se investigar em estudos futuros, a presença e a inserção de tais conteúdos em toda a matriz curricular do curso.

Ressalta-se ainda, que o uso do Iramuteq para tratamento dos dados e a abordagem qualitativa na análise dos resultados foi muito importante para promover uma reflexão crítica sobre as informações obtidas no processo investigativo.

REFERÊNCIAS

BLASCO, P. G. O humanismo médico: em busca de uma humanização sustentável da Medicina. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 68, n.1 (esp.), p. 1-12, 2011. Disponível em: https://sobramfa.com.br/cientifico/wp-content/uploads/2014/10/2011_mai_o_humanismo_medico_humanizacao_sustentavel_da_medicina.pdf. Acesso em: 16 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação

Superior. **Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, p.38, 9 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promed-Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde-Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 1.802 de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3/2014 de 23 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, p. 8, 23 jun. 2014.

BONFIM, D. E. C.; PEREIRA, J. L. B. Os Médicos e a Indústria Farmacêutica. **Gazeta Médica da Bahia**, [s.l.], v. 74, n. 2, p. 149-151, jul./dez. 2004.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 25 jul 2019.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 295-316.

FAMEB/UFBA. **Matriz curricular**. Faculdade de Medicina da Bahia. 2020. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/graduacao/matriz-curricular>

FORMIGLI, V. L.; BARBOSA, H. S.; LIMA, M. A. G.; ARAÚJO, I. B.; FAGUNDES, N. C.; MACEDO, R. S. A. Projeto Político-Pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB. **Gazeta Médica da Bahia**, [s.l.], v. 79, n. 1, p. 3-47, 2010. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/1081>. Acesso em: 03 jul 2018.

GARCIA, M. A. A. *et al.* A interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, Ago. 2007.

GOODSON, I. Currículo, narrativa e o futuro social. **Revista Brasileira de Educação**, [s.l.], v. 12, n. 35, p. 241-252, mai./ago. 2007.

HOWARD, J.; STRAUSS, A. **Humanizing Health Care**. New York: John Wiley & Sons, 1975.

KELLE, U. Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 393-415.

MACEDO, Roberto Sidnei. **Currículo: Campo, conceito e pesquisa**. Petrópolis: Vozes, 2017.

MARENGO, M. O.; FLÁVIO, D. A.; SILVA, R. H. A. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 42, n. 3, p. 350-7, set. 2009.

NERY FILHO, A. *et al.* Bioética e literatura: relato de experiência do Eixo ético-humanístico FMB-UFBA. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 344-349, 2013.

PASSOS, V. B. C.; VERAS, R.M.; FERNANDEZ, C. C.; LEMOS, O. L.; CARDOSO, G. M. P.; ROCHA, M. N. D. Atendimento humanizado: as concepções de estudantes de Medicina. **Revista brasileira em promoção da saúde**, [s.l.], v. 33, (Supl.), p. 1-9, 2020.

PEREIRA, Ricardo Tapajós Martins Coelho. **O ensino da medicina através das humanidades médicas**: análise do filme *And the band played on* e seu uso em atividades de ensino/aprendizagem em educação médica. 2005. Tese (Doutorado) - Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

PERES, G.; JOB, J. R. P. P. Médicos e indústria farmacêutica: percepções éticas de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica** Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, dez. 2010.

REGO, Sérgio. **A formação ética dos médicos**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

REGO, S; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 482–91, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400011> Acesso em 03 jun. 2020.

RIOS, I. C. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 1725–1732, 2010.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. **Humanização e Humanidades em Medicina**. São Paulo: UNESP, 2012.

RIOS, I.C.; SIRINO, C.B. A humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 401-409, 2015.

RIOS, I. C. Humanidades médicas como campo de conhecimento em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 21-9, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01032015>. Acesso em 03 ago. 2020.

SACRISTÀN, J. G. O que significa o currículo? In: SACRISTÀN, J. G. (Org.). **Saberes e incertezas sobre o currículo**. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 15-35.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 1-15, 2009.

SILVA, Tomaz Tadeu. Currículo e identidade social. In: _____. **Alienígenas na sala de aula**: Uma introdução aos estudos culturais da educação. Petrópolis: Vozes, 1995.

SIQUEIRA, J. E. (2003). O ensino da Bioética no curso médico. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 33-42, 2003.

SOUZA, M. A.; WALL, M.; HULER, A.; LOWEN, I.; PERES, A. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e03353, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>. Acesso em: 06 jun. 2020.

SPRICIGO, C. B. **Estudo de caso como abordagem de ensino**. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2014.

TRAVERSO-YÉPEZ, M., MORAIS, N.A. Ideias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das Ciências da Saúde na UFRN: um olhar da Psicologia Social. **Estudos de Psicologia**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 325-333, 2004.

VASCONCELOS, C. Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 20, n.3, p. 389–96, 2012. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/757/809 Acesso em 10 fev. 2021.

ARTIGO 2
A MEDICINA E O EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO: CONCEPÇÕES DE
ESTUDANTES

A MEDICINA E O EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO: CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES

Vitória Batista Calmon de Passos

Renata Meira Veras
Marcelo Nunes Dourado Rocha
Bruna Araújo Fernandes
Sheyla Fernandes
Vagner Herculano de Souza

RESUMO

A incorporação tecnológica acrítica na medicina criou uma fissura entre os profissionais e a humanização. Desde a Reforma Sanitária, diversos incentivos à reforma curricular ocorreram no Brasil, até que em 2001 promulgaram-se novas Diretrizes Curriculares Nacionais, atualizadas em 2014, visando uma medicina integral e humana. O prelúdio dessa conquista na Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA (FAMEB/UFBA) deu-se com a instituição do Eixo Ético-Humanístico (EEH) em 2007, almejando um ensino transversal e efetivo para o desenvolvimento da habilidade humanística entre os discentes. Sendo assim, este trabalho objetiva analisar as concepções dos estudantes de medicina da UFBA acerca das contribuições do EEH para sua formação. Foram aplicados questionários a 344 estudantes, desenvolvendo-se uma análise de similitude de suas respostas, suportada pelo software Iramuteq. Observou-se que os sujeitos têm concepções que corroboram com a proposta do eixo, ao passo que também perduram nos mesmos, ideais considerados ultrapassados na formação de profissionais humanizados.

Palavras-chave: Educação Médica; Ética Médica; Ciências Humanas; Humanização; Educação Superior.

ABSTRACT

The inaccurate technological incorporation in medicine created a fracture between professionals and humanization. Since the Health Reform, several incentives for curricular reform took place in Brazil, until in 2001 new National Curriculum Guidelines were promulgated, updated in 2014, aiming at integral and human medicine. The prelude to this achievement at the Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA (FAMEB / UFBA) took place with the institution of the Eixo Ético-Humanístico (EEH) in 2007, aiming at a transversal and effective teaching for the development of humanistic ability among students. Therefore, this work aims to analyze the conceptions of medical students at UFBA about the contributions of EEH to their professional qualification. Questionnaires were applied to 344 students, developing a similarity analysis of their answers, supported by the Iramuteq software. It was observed that the subjects have conceptions that corroborate with the axis proposal, while they also persist in them, ideals considered outdated in the training of humanized professionals.

Keywords: Medical Education; Medical Ethics; Humanities; Humanization; Higher Education .

Introdução

Baseada inicialmente nos preceitos escolásticos, centrados na fé e na razão, a formação médica sempre nutriu uma essência humanista, voltada para o corpo e para o espírito, numa visão holística do homem. Desde os primórdios, a avaliação do ser se dava sob a ótica do binômio corpo-mente, centrada na ideia de que o elemento pessoa, a mente e o corpo, são coexistentes, indissociáveis, configurando uma “unidualidade individual” (PEIXINHO, 2009).

As transformações do cenário social ocorridas na Modernidade, entre os séculos XVII e XX, imprimiram no ensino médico uma razão instrumental, onde os processos racionais da medicina são plenamente operacionalizados. Os avanços científicos e tecnológicos impulsionados pela necessidade de desenvolvimento imposta pelo capitalismo, trouxeram para a medicina um caráter superficial e segmentado onde a doença ganha maior visibilidade que o indivíduo (SALLES, 2010). Neste momento, a antiga prática holística deu espaço a uma medicina hospitalocêntrica, que pretere a pessoa e toda a sua bagagem. Houve ainda a supressão do diálogo entre médico-paciente, sobretudo com o avanço da tecnologia laboratorial que resultou em uma visão fragmentada do processo saúde-doença, visto que muitas informações passaram a ser ocultadas (COSTA NETO, 2000).

Acompanhando esta visão compartimentalizada, houve a necessidade de adequação curricular com introdução da medicina científica como cadeira básica ou um pré-requisito para o treinamento clínico. A partir disso, se deu a instituição do paradigma flexneriano na formação médica que perdura até os dias atuais: A adoção da concepção mecanicista do processo saúde-doença, o biologismo (caracterizado pelo reducionismo da casualidade aos fatores biológicos), a especialização, a tecnificação e o curativismo (MENDES, 1999).

A adoção desse dogma flexneriano gerou consequências preocupantes: este modelo de atenção era mais custoso, inviabilizava o acesso justo à maior parte da população e abalava a confiança na relação médico-paciente (RMP); além disso, a ampliação da expectativa de vida aumentou a prevalência de doenças crônico-degenerativas mudando o perfil epidemiológico e consequentemente abalou o caráter curativo desse axioma, visto que, para estes casos as propostas terapêuticas tinham eficácia limitada (PAIM, ALMEIDA FILHO, 2000).

Tentar corrigir essas consequências necessitava de ações no campo da saúde com objetivo de diminuir os gastos e qualificar o atendimento, mas essas ações demandavam quadros técnico-científicos que eram escassos (SCOREL, 1999). Essa inopia, associada a outras questões sociais, abriu brechas para um movimento inovador, de cunho progressista e opositor: A Reforma Sanitária (PAIVA, GUILHEM, SOUSA, 2014). Fomentada pela necessidade de reconhecimento dos direitos sociais de cada cidadão e pela urgência na atribuição do caráter

universal às ações e serviços, esse processo de articulação da Reforma Sanitária associada a ações individuais, impulsionaram a instituição de uma nova Constituição em 1988 que trouxe, para o âmbito da saúde, mudanças que foram além das práticas hospitalares.

O direito à saúde é colocado então como um dos preceitos centrais da nova Constituição e norteou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), conferindo ao Estado o dever de prover saúde para a população (BRASIL, 1988). Neste momento, houve uma mudança peremptória: O SUS nasceu com uma visão ampliada da saúde, marcado pela retomada do panorama holocêntrico, definindo saúde como um completo bem-estar biopsicossocial (COHN *et al.*, 1991).

Nesse cenário, a atenção primária, o foco na prevenção e os modelos assistenciais foram retomados. Concomitantemente a este momento, sobreveio a necessidade de formar profissionais capacitados que fossem além da conceituação caritativa e um pouco caricaturada da humanização médica resumida à visão integral do homem, profissionais estes, capazes de definir e praticar a humanização em saúde.

Para atender esta demanda, surgiu a discussão de que o ensino médico teria papel central como formador de profissionais capacitados para atender as demandas das sociedades. Diante disso, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação instituiu, em 2001, novas Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) para a graduação médica com objetivo de imprimir no futuro médico, além das competências técnicas, os aspectos éticos e sociais da medicina (BRASIL, 2001). O artigo 12 dessas DCN, por exemplo, demonstra a necessidade de inovar o ensino médico ao ilustrar a inclusão das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania (BRASIL, 2001). Em 2014 houve uma atualização das DCN, que essencialmente incluiu e enfatizou a necessidade da temática da Humanização na formação (BRASIL, 2014).

A partir de então, houve a necessidade de adequação curricular, de modo que a medicina integral e humana seria a nova cadeira básica ou um pré-requisito para o ato médico. A formação deveria ser baseada na semiologia individualizada, na empatia e na dimensão humana da profissão, impedindo assim que a RMP fosse empobrecida ao ser reduzida a um simples ato técnico (VERAS, FEITOSA, 2019). Esta premissa, quando voltada para a temática de ética médica, faz recair uma grande responsabilidade ao sistema educacional, principalmente no ensino superior, dando a ele a missão de formar profissionais de saúde nos aspectos técnicos, morais e éticos (ALMEIDA FILHO, 2013).

Não obstante, o processo de desenvolvimento ético individual, elenca interferências heterônomas e autônomas à formulação dos princípios éticos, sendo, por exemplo, a interação

com meio uma importante determinante nesse processo. O grande problema é que a instituição acaba por sumarizar a formação moral e ética em uma mera formação técnica, e a sociedade também contribui negativamente para esse processo ao vincular a imagem de um profissional ético àquele que é tecnicamente competente. Por esse motivo, a bioética não deve ser centrada na explanação técnica de conceitos e normatizações. A formação médica deve criar condições para que o futuro profissional possa incorporar de forma eficaz a ética na sua realidade diária e não apenas citar o Código de Ética. Para isso é necessário que o ensino seja transversal, possibilitando que a prática da ética seja algo fluido, racional, autônomo e humano (REGO, GOMES, SIQUEIRA-BATISTA, 2008).

Nesse sentido, seria necessário a implantação de uma metodologia ativa que desenvolvesse habilidades humanísticas a partir de discussões de situações clínicas que possibilitassem a reflexão e o raciocínio crítico. Não sendo, portanto, suficiente para a formação humanística a inserção de componentes isolados no currículo e sim temas integrados à prática cotidiana (RIOS, 2016).

A Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA (FAMEB/UFBA), na tentativa de se adequar às normas das DCN de 2001 e aos preceitos de formação ética, passou por um processo de reforma curricular em 2007 com a implantação do chamado “Eixo Ético-Humanístico”. Esse novo eixo, composto por oito disciplinas distribuídas entre o primeiro e o oitavo semestres abordando temáticas diversas dos campos da ética e das humanidades médicas, foi fundamentado na ideia da transversalidade do ensino, visando garantir a formação de um profissional repleto de habilidades técnicas, científicas e bioéticas (FORMIGLI *et al.*, 2010; MOTA, VERAS, 2020). Desde então, apesar da atualização das DCN em 2014, não ocorreu nova reforma no currículo.

Considerando essa problemática da formação humanística como algo não pontual, o objetivo do presente trabalho é analisar as concepções de estudantes de medicina da UFBA acerca das contribuições do Eixo Ético-Humanístico (EEH) para sua formação.

Percurso Metodológico

O presente artigo apresenta um estudo exploratório, com recorte transversal e abordagem qualitativa. A produção de dados ocorreu em agosto de 2018, tendo como cenário a Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FAMEB/UFBA) e mais especificamente o currículo do curso médico de 2007, com ênfase nas disciplinas que integram o EEH. A população estudada foi constituída por estudantes de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 44 anos, que estavam regularmente matriculados entre o 1º e 8º semestre

no curso de medicina, período no qual são estudadas as disciplinas do EEH. Os critérios de seleção dos sujeitos foram ter idade superior a 18 anos e a adesão voluntária à pesquisa. Dos 718 estudantes regularmente matriculados no curso no período da investigação, 344 concordaram em participar.

O instrumento utilizado foi um questionário semiaberto composto por questões objetivas a respeito de características socioeconômicas dos participantes e uma pergunta aberta para registro das concepções dos estudantes a respeito das contribuições do EEH para sua formação. As respostas dadas a esta questão são a base da presente análise.

A análise de questões abertas, segundo Kronberger e Wagner (2002), permite “*fácil acesso à compreensão espontânea dos respondentes com relação ao objeto em questão*”. Considerando isso, a abordagem qualitativa se mostrou a mais adequada porque através dela é possível compreender o que pensam os sujeitos, considerando os múltiplos fatores (sociais, afetivos, econômicos, éticos etc.) que influenciam suas ideias sobre determinado alvo (MINAYO, 2012). No mais, é uma abordagem apropriada para a investigação de problemas/questions pouco conhecidas e que necessitam de compreensão, o que a torna fundamental no presente processo investigativo (KERR, KENDALL, 2013).

O questionário foi aplicado em sala de aula, durante os encontros semanais das disciplinas do EEH, com autorização dos respectivos professores. O preenchimento do instrumento foi precedido da assinatura dos respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. E o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA (CAAE: 87862917.8.0000.5531 – Parecer n.2.769.003).

As respostas ao questionário foram tratadas no software Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). O Iramuteq é um software de código fonte aberto, comumente utilizado para organização e tratamento de dados textuais ou em formato de matrizes. Desenvolvido na linguagem de programação *python*, através dele é possível realizar várias análises lexicais, tais quais estatísticas, análise fatorial de correspondência, classificação hierárquica descendente, análise de similitude e nuvem de palavras. Kelle (2002) explica que o uso de softwares para compor análises textuais contribui positivamente para sistematicidade, explicitação, transparência e rigor de uma investigação.

Nesse estudo foi utilizada a análise de similitude com suporte do Iramuteq, pois, sendo baseada na teoria dos grafos, permite a identificação de coocorrências entre as palavras do corpus textual. Assim, foi possível gerar uma árvore de similitude por meio de um diagrama representando graficamente as conexões entre as palavras, onde o tamanho delas e a espessura das linhas que as ligam indicam a frequência e o grau de associação dentro do corpus,

respectivamente. Além disso, nesta análise foi possível identificar similaridades e especificidades entre as respostas dos estudantes. Identificados os pontos em comum e diferentes, foi possível também agrupar as palavras de acordo com tais características em círculos coloridos, denominados halos (CAMARGO, JUSTO, 2013).

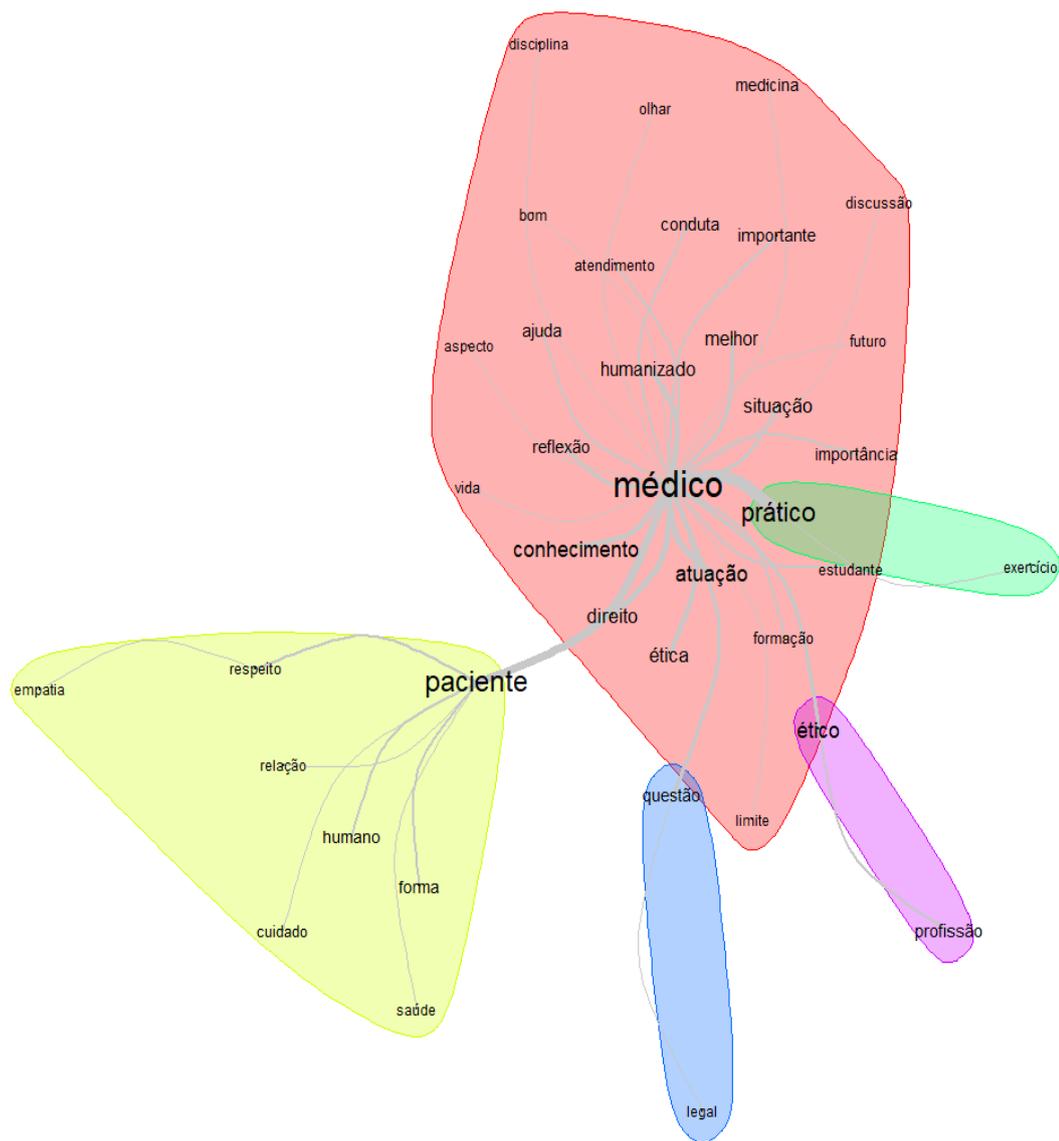
Resultados e Discussão

A análise de similitude possibilitou identificar que a palavra “médico” teve maior destaque no corpus das respostas compondo o halo central da árvore de similitude. Os demais vocábulos ligados ao termo principal que compuseram o sistema léxico periférico formaram cinco halos (Figura 1). Os halos identificados foram convertidos em categorias e nomeados considerando o conteúdo integral das respostas que os compuseram, sendo elas: O olhar sobre si enquanto profissional (halo vermelho); O olhar sobre o paciente (halo amarelo); Contribuições à prática profissional (halo verde); Aspectos éticos da profissão (halo rosa); Deontologia Médica (halo azul).

Percebeu-se uma grande fluidez nos agrupamentos de palavras de cada halo, tendo em vista que num contexto geral as respostas foram bastante semelhantes, indicando certo nível de unidade nas percepções dos indivíduos sobre as contribuições do EEH para sua formação. Ao longo da apresentação dos resultados e discussão, portanto, será possível notar a pertinência das falas a mais de um halo ao mesmo tempo. Diante disso, faz-se necessário explicar que o agrupamento em halos não significa necessariamente a independência entre os discursos dos estudantes, sobretudo, considerando que todos discorrem sobre uma temática, mas sim uma representação das palavras mais comumente associadas em suas respostas.

Na sequência, cada uma das categorias será abordada detalhadamente.

Figura 1: Árvore de similitude das concepções dos estudantes de medicina da UFBA acerca das contribuições do Eixo Ético-Humanístico para sua formação.



Fonte: Elaborado pelos autores com suporte do software Iramuteq.

O olhar sobre si enquanto profissional (halo vermelho)

O halo vermelho destaca a palavra “médico” como central e mais fortemente associadas a ela, encontram-se as palavras “humanizado, melhor, situação, prático, ético, atuação, questão, ética, direito, paciente, conhecimento e reflexão”. Nesta categoria observamos que os sujeitos enfatizam como contribuições do EEH o conhecimento dos direitos e deveres do médico nas situações vivenciadas na prática. Além disso, melhoria da sua atuação, através de reflexão e orientação a respeito da ética inerente à profissão e ainda, a ideia de atendimento médico humanizado.

“[...] contribui para ampliar a visão prática, melhor **entender direitos e deveres, melhorar a atuação profissional**, evitar erros médicos”.

(Estudante 19, 8º semestre)

“[...] traz o conhecimento acerca dos **direitos e deveres médicos** e ajuda na **reflexão** de como construir uma relação médico-paciente satisfatória”.

(Estudante 248, 3º semestre)

“[...] contribuiu para construção de **conhecimento acerca das questões éticas e questões humanísticas envolvidas na atuação do médico**, com ênfase na correta tomada de decisão para **embasar uma prática médica** pautada nos princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

(Estudante 308, 7º semestre)

“[...] contribui para **conhecer melhor a ética na medicina**, auxiliando nas decisões médicas da prática diária agregando no desenvolvimento de **atendimento médico humanizado**.

(Estudante 449, 5º semestre)

Muitos estudantes apontaram a ideia de reconhecimento de seus direitos e deveres enquanto médicos, como uma contribuição do EEH. Essa percepção pode estar relacionada ao fato de que na atualidade, o perfil dos pacientes mudou. De indivíduos desinformados que acatavam a palavra dos médicos como verdade absoluta, visualiza-se hoje - apesar da persistência da desinformação, sobretudo na população com baixa escolaridade - muitos sujeitos com maior informação científica e maior senso de cidadania, que reconhecem também seus direitos e deveres, e assim, são muito mais questionadores (REGO, 2003; VASCONCELOS, 2012).

Consequentemente, a judicialização na RMP também cresceu extremamente, sendo diversas vezes excessiva, por relacionar-se com demandas evitáveis a partir do diálogo e da reflexão ética (VASCONCELOS, 2012). Diante disso, acreditamos que estes fatos podem conferir aos médicos, e, por conseguinte aos estudantes, um sentimento de medo e insegurança quanto a possibilidade de vivenciar tal experiência na sua atuação profissional. E, assim, influenciar o entendimento deles acerca da importância do aprendizado de elementos normativos da prática para sua formação, numa intenção de se resguardar diante da possibilidade de enfrentamento de tais situações.

Quanto à percepção de que o EEH contribui para melhoria da atuação, através da reflexão sobre a prática e o aprendizado da ética inerente à profissão, entendemos que isso indica que a existência desse eixo tem conseguido seguir sua proposta inicial. A respeito dessa proposta, destaca-se relevância do ensino dos conteúdos éticos de forma conciliada aos conteúdos humanísticos. É fato que o ensino de ética na formação médica é fundamental para a tentativa

de se formar bons profissionais, capazes de conciliar os saberes técnico-científicos com os aspectos morais da relação entre os profissionais e os usuários dos serviços (REGO, 2003). Contudo, nem sempre a formação ética proposta pelas escolas médicas considera os conteúdos e reflexões do campo das humanidades nesse processo (RIOS, SCHRAIBER, 2012). Apesar disso, é sabido que os conhecimentos humanísticos têm papel muito importante no desenvolvimento moral dos indivíduos (REGO, 2003; RIOS, SCHRAIBER, 2012; RIOS, 2010). Tendo em vista que a competência moral destes pode ser mais ou menos desenvolvida em função das características e oportunidades de interação dos mesmos com o seu meio, o convívio com conteúdos do campo das humanidades médicas pode contribuir significativamente nesse processo (REGO, GOMES, SIQUEIRA-BATISTA, 2008).

Novas demandas trazidas ao consultório, essencialmente as de intrínseco caráter social, exigem dos profissionais habilidades que extrapolam os conhecimentos biomédicos. Soma-se a isso, a mudança do perfil epidemiológico da população, com predominância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que demandam estratégias de tratamento que promovam a qualidade de vida (SILVA, COTTA, ROSA, 2013; SUCUPIRA, 2007). Devido a longa duração desses tratamentos, o bom relacionamento entre médicos e pacientes é essencial, tendo em vista que até mesmo a adesão do paciente às propostas terapêuticas e consequentemente o sucesso de tais intervenções relaciona-se diretamente com esse processo (SUCUPIRA, 2007). Nesse sentido, cabe à formação em medicina estimular o desenvolvimento de tais habilidades, uma das estratégias para isso é a inserção dos conteúdos éticos e humanísticos na formação, tal como faz o EEH.

Por último, no que diz respeito à ideia de que o eixo contribui para o desenvolvimento de um atendimento médico humanizado, sabe-se que a proposta da Humanização no campo da saúde se desenvolveu, entre outros motivos, como uma reação a um contexto de violências, sejam elas institucionais, entre profissionais e/ou entre estes e pacientes (DESLANDES, 2006). A alta incorporação tecnológica à formação e a prática médica, sendo muitas vezes destituída de reflexão crítica acerca de suas implicações, é um dos motivos que contribuíram para tal cenário (REGO, GOMES, SIQUEIRA-BATISTA, 2008; RIOS, 2016; RIOS, SCHRAIBER, 2012). Sendo assim, a reinserção de conteúdos humanísticos à educação em medicina demonstrou ser uma das estratégias com potencial de promover mudanças em tal realidade. Corroborando com isso, as falas dos estudantes demonstram que o EEH tem atuado positivamente nessa direção.

O olhar sobre o paciente (halo amarelo)

O halo amarelo, por sua vez, apresenta a palavra “paciente” como de maior importância dentro do grupo e a partir dela originam-se ramificações com as palavras “respeito, empatia, relação, humano, forma, cuidado, saúde”. Isto indica que os indivíduos percebem como contribuição do EEH aspectos referentes à relação médico-paciente, tais quais valores e características que devem apresentar enquanto médicos e formas de agir orientadas pela noção do cuidado humanizado, tendo como foco a saúde do paciente.

“[...] contribuiu para permitir uma **relação médico-paciente harmônica** de forma que a medicina e o **foco na saúde** do indivíduo sejam máximos”.

(Estudante 413, 2º semestre)

“[...] contribui para conhecer o Código de Ética Médica, **humanização do cuidado, empatia na relação médico-paciente**”.

(Estudante 239, 3º semestre)

“[...] contribuiu para enraizar a **ideia de ser humano, de respeitar e cuidar do outro da forma mais ética e humana possível**”.

(Estudante 431, 5º semestre)

“[...] contribui para se atentar para o **respeito e a empatia para com o paciente**”.

(Estudante 443, 5º semestre)

É possível notar que os estudantes que compõem esse grupo relatam contribuições do EEH relacionadas a algumas ideias concordantes com a proposta da Humanização, tendo como foco aspectos da relação médico-paciente, reforçando, assim, o exposto na categoria anterior. A literatura aponta que tanto a escassez de valores humanos, quanto a assimetria na RMP, são realidades na prática médica atual (RIOS, 2010; MINAHIM, 2020). Tendo isso em mente, refletimos que a presença neste halo, da compreensão sobre a necessidade de valores como empatia e respeito, do cuidado com o outro e do foco na saúde no processo de cuidado permite inferir que o EEH tem contribuído positivamente no sentido da promoção da abordagem ético-humanística na formação dos estudantes.

Supomos ainda, que o reconhecimento de tais valores como contribuições do eixo pode ser decorrente do ensino da Bioética e seus temas relacionados. Isto porque este campo do saber extrapola a ética médica tradicional ao inserir em suas reflexões ideias como autonomia, justiça, proteção, compaixão, etc (REGO, GOMES, SIQUEIRA-BATISTA, 2008). Ao mesmo tempo, isto contempla também a ideia de profissionalismo médico, que diz respeito às competências comportamentais necessárias ao exercício da profissão, sendo elas: respeito, responsabilidade, excelência, integridade, honestidade, altruísmo, compaixão, liderança e confidencialidade (RIOS, 2016).

Ademais, Sucupira (2007) destaca a marginalidade da temática da RMP nas escolas médicas diante da hegemonia do modelo biomédico tecnicista. Este tema demanda uma compreensão mais ampla do paciente e de suas necessidades, apoiando-se nas técnicas da boa comunicação, mas sem se restringir apenas ao uso delas. A autora argumenta que tal compreensão vai implicar uma formação ampliada em conteúdos humanísticos, que pode contribuir para o desenvolvimento de valores morais, éticos e humanos primordiais na relação médico-paciente. Diante disso, a identificação desse tema pelos estudantes como uma contribuição do EEH, indica, portanto, que este conjunto de disciplinas tem atuado corroborando com esse argumento, permitindo que os sujeitos compreendam a importância e a necessidade de tal temática para sua formação e sua atuação futura.

Reflexões sobre a prática profissional (halo verde)

Já o halo verde apresenta o vocábulo “prático” em destaque e comporta no mesmo grupo também as palavras "estudante" e “exercício”. Cabe enfatizar neste ponto que a proximidade com a palavra médico e a espessura do ramo que as conecta, indica a existência de um alto grau de associação entre elas nas respostas dos estudantes. Ressaltamos também a parcial inserção deste grupo no halo vermelho, o que reafirma a grande associação entre eles. Isso se reflete nas falas que ilustram esse agrupamento, que denotam sentidos muito similares aos já discutidos na primeira categoria: *O olhar sobre si enquanto profissional (halo vermelho)*. Nesta categoria, percebe-se que os sujeitos da investigação identificam que o EEH contribui para sua formação ao proporcionar discussões que os fazem refletir sobre o exercício de sua prática profissional e, assim, estarem mais preparados para ela.

“O médico é um profissional que vai lidar com muitas escolhas difíceis, complexas. Neste contexto, antecipar a discussão sobre elas é fundamental e **ajuda o estudante a perceber o fazer médico** de maneira mais ampla e menos idealizada.

(Estudante 47, 8º semestre)

“[...] promove uma **reflexão continuada sobre o exercício da prática médica** orientada para o objetivo final em maior nível de excelência da atuação médica, que é promover o bem-estar individual e coletivo”.

(Estudante 388, 2º semestre)

“[...] destaco a união entre as noções éticas no âmbito filosófico e as **questões práticas enfrentadas no exercício da profissão. É uma ética prática e concreta**, sem deixar de discutir de forma mais ampla”.

(Estudante 419, 2º semestre)

É interessante observar que os indivíduos conseguem perceber benefícios que consideram práticos advindos do estudo das disciplinas do EEH. Tal importância se deve ao fato de que

quando não conseguem compreender a aplicabilidade ou pertinência para a prática dos conteúdos que lhes são ensinados, muitos estudantes tendem a não os valorizar. Essa realidade remete à proposta da Aprendizagem Significativa, desenvolvida com bases construtivas por David Ausubel, que entendia que o “movimento de aprender” teria maior eficiência quando os estudantes fossem capazes de agregar e incorporar ao seu repertório prévio, novos assuntos, temas, sem que estes fossem armazenados em sua estrutura cognitiva por meio de associações frágeis. Este processo dependeria de duas condições: a primeira seria a disposição do aluno em aprender e, a segunda, que o conteúdo ensinado fosse lógica e psicologicamente significativo, tanto no que se refere aos aspectos teóricos quanto às experiências individuais relacionadas aos temas (GOMES *et al.*, 2008).

Além disso, os sujeitos relatam a reflexão sobre o exercício de sua prática profissional como uma das contribuições do EEH. A esse respeito Van der Molen e Lang (2007) destacam a importância da prática reflexiva se contrapor à prática automatizada na medicina. Muitas vezes, no processo formativo, “o excesso de informação impede o profissional de refletir criticamente sobre sua atuação, fazendo-o perder importantes oportunidades de aprendizagem” (NETTO, SILVA, 2018, p. 2). E isto também pode ser aplicado aos estudantes, porque quando estes se sentem fatigados em decorrência de um processo de ensino-aprendizagem rotineiro e repetitivo, tendem a perder o interesse pelo todo e concentrar sua atenção e esforços, nas partes que lhes são ensinadas a cada período (NETTO, SILVA, 2018). Somando-se a isso a alta especialização que se promove na formação dos médicos, tais momentos para reflexão sobre seu futuro exercício profissional durante o período formativo, demonstram-se fundamentais. Considerando estas informações, cabe destacar que segundo a visão dos alunos, o EEH tem sido um importante espaço de promoção dessa reflexão dentro do curso.

Aspectos éticos da profissão (halo rosa)

O halo rosa destaca o vocábulo “ético” associado à palavra “profissão”. Essa categoria explicita a percepção dos estudantes a respeito de como a apresentação dos conceitos éticos que orientam a profissão, explorando também os dilemas que podem vivenciar no cotidiano, é considerada por eles uma contribuição do EEH. Os sujeitos destacaram ainda, o aprendizado do Código de Ética Médica. As respostas a seguir podem ilustrar esse halo:

“[...] contribuiu para conhecer a importância da **ética na atuação profissional**, assim como conhecer os **preceitos éticos da profissão**”.

(Estudante 42, 8º semestre)

“[...] aborda principalmente o conhecimento do **Código de Ética Médica** e aspectos da relação médico-paciente. Também há enfoque em **dilemas éticos envolvendo a profissão**”.

(Estudante 238, 3º semestre)

Nem sempre o ensino da ética foi visto como uma necessidade na formação médica. Até recentemente, a prerrogativa da ética como um “ideal de serviço” inerente à profissão, era bastante frequente (GOMES, 2009). E entendendo-se ela como algo intrínseco à medicina, não precisaria ser ensinada (REGO, 2003). No entanto, as inúmeras transformações que o mundo vivenciou no modelo de prática médica, no perfil dos pacientes, na RMP, e na própria sociedade, evidenciaram a importância da formação ética para os estudantes e a necessidade da educação médica repensar essa formação considerando tantas transformações e promovendo a reflexão crítica dos sujeitos sobre seus valores (REGO, GOMES, SIQUEIRA-BATISTA, 2008; REGO, 2003).

Reconhecendo este fato, as escolas médicas passaram a incorporar o ensino da ética ao seu currículo. Entretanto, grande parte das instituições ainda perpetuam uma formação ética reproduzindo metodologias e compreensões do início do século passado, que enfatizam aspectos deontológicos e do código de ética, apesar deste último conter diversas “cegueiras de conveniência” (REGO, 2003; SIQUEIRA, 2003).

Por conseguinte, as falas sugerem que também na formação em medicina da UFBA, tal abordagem, considerada insuficiente, se faz presente. Ademais, outro ponto que chama atenção nesta categoria é a ausência de referências dos sujeitos a aspectos éticos com os quais eles lidam ainda enquanto estudantes. Observamos que há referência apenas ao futuro exercício profissional, algo também percebido por Rego (2003), em outro estudo. Tendo em vista que durante o curso os estudantes estão submetidos a diversas situações que implicam questões éticas, tais quais “pequenas mentiras, comentários inadequados, ‘paternalismos’, tráfico de influência, [...] ruptura de sigilo, manuseio inadequado dos prontuários, [...] atestado falso etc” (HOSSNE, 1998, p. 136), tal ausência configura uma lacuna na formação ética e moral desses indivíduos.

Deontologia Médica (halo azul)

O halo azul é originado pela palavra “questão” e, além dela, comporta apenas a palavra “legal”. A análise desse grupo permite destacar que uma das contribuições do EEH mais enfatizada nas respostas dos estudantes, diz respeito a aspectos do campo da Deontologia

médica, tais como: o reconhecimento de situações que abranjam responsabilidade profissional nas esferas penal, civil e ética, e, a partir disso, a preparação para lidar com elas.

“[...] contribui para refletir sobre **dilemas e questões conflituosas e legais** no exercício da profissão”.

(Estudante 22, 4º semestre)

“[...] **esclarecimento das questões legais** e discussões de conduta que não acontecem em outros lugares da faculdade e outras disciplinas”.

(Estudante 245, 3º semestre)

A observação das respostas dos estudantes indica que, na visão deles, aprender como lidar com conflitos médicos legais é uma contribuição importante do EEH. Essa ênfase em aspectos formativos deontológicos, reforça algo já discutido na categoria anterior e corrobora com o pensamento de Siqueira (2003), ao explicar que nas escolas médicas no Brasil, existe ainda uma relutância ao abandono das raízes deontológicas. Isto porque, seria a Deontologia uma espécie de ponte entre a medicina legal e a bioética, atuando para normatização do exercício profissional (SEGRE, 1996). Contudo, Camargo (1996) destaca a incapacidade da Deontologia de promover o desenvolvimento de comportamento moral nos alunos, um objetivo essencial da educação, porque tal comportamento é direcionado por valores inerentes às pessoas, algo que o conhecimento de normas não é capaz de fazer.

Em 1969, a Resolução no 08/1969, do Conselho Federal de Educação, instituiu a Medicina Legal e a Deontologia como matérias obrigatórias dos cursos de graduação em Medicina. De lá pra cá, no entanto, percebeu-se que esta perspectiva da formação médica estava bastante limitada e necessitava de reformulações, sobretudo a partir do surgimento da bioética, com sua transversalidade de conhecimentos e valores (DANTAS, SOUSA, 2008). Dessa maneira, evidenciou-se a necessidade de não só ensinar as normas que regem à profissão, mas fazê-lo de forma crítica, refletindo sobre suas raízes e fundamentos e considerando também o contexto que embasa tais normas e princípios (DANTAS, SOUSA, 2008). Essa realidade permite refletir que tal “contribuição” apontada pelos sujeitos, se configura muito mais como uma limitação do EEH, a ser repensada e aprimorada.

Observações adicionais

O Relatório de 2011 da Association of Medical Colleges demonstrou que o conteúdo humanístico oferecido no conteúdo programático obrigatório do currículo médico geral era focado na compreensão de comportamentos individuais e sociais que influenciam na saúde ou são fatores de risco à ela. E em contrapartida a isso, outros temas e discussões do campo das Humanidades Médicas, também necessários a essa formação, como História, Filosofia, Artes

e Psicanálise, eram ofertados por meio de disciplinas eletivas ou em atividades complementares (RIOS, 2016). Tendo em vista esse fato e as contribuições que foram aqui destacadas a partir da análise das falas dos estudantes, cabe refletir que também no EEH esse cenário do relatório pode estar se repetindo. Uma análise curricular dos conteúdos ministrados no eixo, pode, no entanto, esclarecer melhor se tal reflexão se confirma.

Considerações Finais

A criação do EEH reflete uma tentativa de se repensar o ensino de ética na UFBA, deslocando-se o foco da Deontologia unicamente e incorporando também discussões do campo da Bioética e das Humanidades. Neste estudo, entretanto, observamos ainda a persistência de elementos deontológicos como contribuições do eixo apontadas pelos estudantes, fato que pode decorrer do fenômeno crescente de judicialização na medicina. Ademais, refletimos que a disposição das disciplinas ao longo dos 8 semestres iniciais indica a pré-existência de uma reflexão a respeito da necessidade de se aumentar tanto a carga horária quanto o contato dos estudantes com estes conteúdos, tendo em vista que o curso ainda não promoveu nova reforma curricular após as DCN de 2014. No entanto, ao contrário da proposta do Projeto Político Pedagógico de um currículo estruturado em módulos, com o EEH existindo de maneira transversal, a realidade apresenta esse grupo de disciplinas um tanto isoladas das demais, como uma “ilha” dentro da matriz curricular. Algo que evidencia a urgência de novas reformas curriculares que visem a integração de conhecimentos.

No mais, é importante destacar o limite do currículo no que tange às contribuições para a futura prática dos estudantes. Isto porque o distanciamento entre a norma e a ação é um fato e ainda, porque “nenhuma grade curricular expressa a realidade de um curso e sim as intenções educacionais de sua respectiva faculdade” (REGO, 2003). Todavia, também corroborando com Rego (2003), percebemos que os conteúdos e a carga horária do EEH, ainda que possam se demonstrar insuficientes para preparar os estudantes para lidar com aspectos humanísticos inerentes à prática, são essenciais à formação dos futuros médicos, pois expressam a moral profissional em que eles estão sendo socializados. Considerando isto, seria de fundamental importância a realização de novos estudos que objetivassem a análise da matriz curricular do curso no intuito de perceber a disposição de conteúdos e a carga horária das disciplinas do eixo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 6, p. 1677–82, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600019> Acesso em: 03 abr.2021.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico. 1988.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, p.38, 9 nov. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf> Acesso em: 30 mar. 2021.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3/2014 de 23 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, p. 8, 23 jun. 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192 Acesso em: 30 mar. 2021.
- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.
- CAMARGO, M. C. Z. A. O ensino da ética médica e o horizonte da bioética. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 47–51, 1996. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/395 Acesso em: 12 abr. 2021.
- COHN, A. *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Editora Cortez; 1991.
- COSTA NETO, M. Tecnologia e saúde: causa e efeito. In: GARRAFA, V., COSTA, S. I. F. **A bioética no século XXI**. Brasília: UnB; 2000. p. 145–50.
- DANTAS F, SOUSA EG. Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas brasileiras: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 507–17, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400014>. Acesso em: 12 abr. 2021.
- DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.
- SCOREL S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999.
- FORMIGLI, V. L.; BARBOSA, H. S.; LIMA, M. A. G.; ARAÚJO, I. B.; FAGUNDES, N. C.; MACEDO, R. S. A. Projeto Político-Pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB. **Gazeta Médica da Bahia**, [s.l.], v. 79, n. 1, p. 3-47, 2010. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/1081> Acesso em: 04 abr. 2021.

GOMES, A. P. *et al.* A educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da arca perdida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 105–11, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100014> Acesso em: 11 abr. 2021.

GOMES JCM. O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 1-10, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/396 Acesso em: 11 abr. 2021.

HOSSNE, W. Educação médica e ética. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. (Orgs.). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 130–9.

KELLE, U. Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 393-415.

KERR, L. R. F. S., KENDALL, C. A pesquisa qualitativa em saúde. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1061–3, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324029419001.pdf> Acesso em: 05 abr. 2021.

KRONBERGER, N., WAGNER, W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M. W., GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 416–41.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

MINAHIM, M. A. A autonomia na relação médico-paciente: breves considerações. **Rev. Ibero Am. Direito Sanit.**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 85-9, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/601> Acesso em: 10 abr. 2021.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 3, p. 621–6, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007> Acesso em: 05 abr. 2021.

MOTA, J. C., VERAS, R. M. Eixo ético-humanístico da Faculdade de Medicina da Bahia: percepção dos estudantes. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 28, n. 2, p. 319–31, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282394> Acesso em: 04 abr. 2021.

NETTO, L., SILVA, K. L. Prática reflexiva e o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e03383, p. 1-9, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017034303383> Acesso em: 11 abr. 2021.

PAIM, J. S., ALMEIDA FILHO, N. M. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.

PAIVA, L. M., GUILHEM, D., SOUSA, A. L. L. O ensino da bioética na graduação do profissional de saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 4, p. 357-69, 2014. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i4p357-369> Acesso em: 02 abr. 2021.

PEIXINHO, A. L. A Consulta Médica em Pediatria. In: SILVA, L. R. (Org.). **Diagnóstico em Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 38-46.

REGO, Sérgio. **A formação ética dos médicos**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

REGO, S; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 482–91, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400011> Acesso em: 03 abr. 2021.

RIOS, I. C. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 1725–1732, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700084>. Acesso em: 10 abr. 2021.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. **Humanização e Humanidades em Medicina**. São Paulo: UNESP, 2012.

RIOS, I. C. Humanidades médicas como campo de conhecimento em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 40, n. 1, p. 21-9, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01032015>. Acesso em: 03 abr. 2021.

SALLES, A. A. Transformações na relação médico–paciente na era da informatização. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 49–60, 2010. Disponível: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/535 Acesso em: 02 abr. 2021.

SEGRE, M. Bioética e medicina legal. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1–10, 1996. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v1i1p1-10> Acesso em: 12 abr. 2021.

SILVA, L. S., COTTA, R. M. M., ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 34, n. 5, p. 343–50, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n5/343-350/pt> Acesso em: 10 abr. 2021.

SIQUEIRA, J. E. (2003). O ensino da Bioética no curso médico. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 33-42, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000200019> Acesso em 12.04.2021.

SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, [s.l.], v. 11, n. 23, p. 619-35, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a16v1123.pdf> Acesso em: 10 abr. 2021.

VAN DER MOLEN, H., LANG, G. Habilidades da consulta na escuta médica. In: LEITE, A. J. M., CAPRARA, A., COELHO FILHO, J. M. (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier; 2007. p. 47–66.

VASCONCELOS, C. Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 20, n.3, p. 389–96, 2012. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/757/809 Acesso em: 10 abr. 2021.

VERAS, R. M., FEITOSA, C. C. M. Reflexões em torno das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, (Supl.1), p. 1-14, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.170743> Acesso em: 02 abr. 2021.

ARTIGO 3
ATENDIMENTO HUMANIZADO: AS CONCEPÇÕES DE
ESTUDANTES DE MEDICINA

ATENDIMENTO HUMANIZADO: AS CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Vitória Batista Calmon de Passos

Renata Meira Veras

Clara Couto Fernandez

Odonilton Lima Lemos

Gustavo Marques Porto Cardoso

Marcelo Nunes Dourado Rocha

RESUMO

O presente artigo objetiva analisar as concepções de atendimento médico humanizado de graduandos em Medicina da Universidade Federal da Bahia. Para o estudo foi realizada uma investigação qualitativa. Os dados foram produzidos a partir de um questionário individual com questões abertas, aplicados a estudantes do 1º ao 8º semestres do curso de Medicina, em agosto de 2018 (n = 344). A partir da análise de conteúdo das respostas identificou-se que parte dos estudantes conceitua o atendimento humanizado orientando-se principalmente por aspectos gerais da Política Nacional de Humanização, outros demonstraram superar essa percepção ao relatarem aspectos de sensibilidade e empatia; enquanto um terceiro grupo, por sua vez, apresentou concepções que vão de encontro à proposta do conceito de humanização, reforçando, dessa forma, o discurso de superioridade médica. Ficou evidente que os estudantes de Medicina investigados conceituam atendimento humanizado a partir de orientações diversas, demonstrando que múltiplos fatores podem contribuir para essas concepções.

Palavras-chave: Humanização; Humanização da Assistência; Humanização dos Serviços; Educação médica; Estudantes de medicina; Universidade.

ABSTRACT

This article aims to analyze the conceptions of humanized medical care of undergraduates in Medicine at the Federal University of Bahia. For the study a qualitative investigation was carried out. Data were produced from an individual questionnaire with open questions, applied to students from the 1st to 8th semesters of the Medicine course, in August 2018 (n = 344). From the content analysis of the responses, it was identified that part of the students conceptualizes humanized care based mainly on general aspects of the National Humanization Policy, others demonstrated to overcome this perception when reporting aspects of sensitivity and empathy; while a third group, in turn, presented conceptions that go against the proposal of the concept of humanization, thus reinforcing the discourse of medical superiority. It was evident that the investigated medical students conceptualize humanized care based on different guidelines, demonstrating that multiple factors can contribute to these conceptions.

Keywords: Humanization; Humanization of Assistance; Humanization of Services; Medical education; Medical students; University.

Introdução

No cotidiano dos serviços de saúde, são frequentes as reclamações dos pacientes acerca da falta de empatia, de atenção e de escuta por parte daqueles que são os mediadores do seu processo de cura. Esse cenário evidencia um paradoxo que existe entre a concepção de cuidado que deveria nortear a prática dos médicos e demais profissionais e a “falta de cuidado” que se configura enquanto uma das principais queixas dos usuários desses serviços (BARROS, GOMES, 2011). Tal paradoxo aponta para um denominador comum que é a desumanização dos serviços e das práticas de saúde (GOMES, SCHRAIBER, 2011).

Na contemporaneidade, os avanços científicos-tecnológicos promoveram cada vez mais a especialização do profissional médico. Com isso, a fim de acompanhar esses avanços, a formação médica tornou-se fragmentada, supervalorizando os saberes técnicos-científicos em detrimento das competências ético-relacionais e intersubjetivas (RIOS, SCHRAIBER, 2012).

Relações e práticas médicas consideradas “desumanizadas”, contudo, só foram eleitas objeto de estudo sistemático da sociologia médica a partir da década de 70 e tiveram como grandes nomes Geiger e Howard. No Brasil, as reflexões acerca do tema humanização obtiveram maior destaque também a partir de 1970 com o apoio do movimento sanitário e do movimento feminista às pautas de direitos sexuais e reprodutivos em uma perspectiva crítica ao modelo médico hegemônico (DESLANDES, 2006). Entretanto, o debate em torno da humanização só entrou efetivamente na agenda política no ano 2000, a partir de iniciativas de algumas secretarias municipais e estaduais de saúde, somente passando a ter uma abrangência nacional com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2001).

Em 2003 foi publicada a Política Nacional de Humanização (PNH) adotando como princípios teóricos-metodológicos: o protagonismo dos sujeitos coletivos, a indissociabilidade entre atenção e gestão e a transversalidade (HECKERT, PASSOS, BARROS, 2009), ampliando-se assim o campo da assistência hospitalar aos serviços suplementares de atenção à saúde. A adoção destes princípios deu início às discussões acerca do acolhimento, da importância do diálogo e da conversa, ganhando enquadramentos teóricos à luz da filosofia, sociologia médica, psicologia e psicanálise e sendo vistos como estratégicos na produção de cuidados em saúde (DESLANDES, 2006; CAMPOS, 1999; FILGUEIRAS, 2006; TEIXEIRA, 2006).

No que tange a formação em saúde, em especial a formação em medicina, a predominância do modelo técnico-científico na formação profissional se ampliou, baseada nas demandas do mercado e da globalização (AMORETTI, 2005). Tal conduta é apontada por

diversos autores como uma das causas do processo de desumanização dos atendimentos (BARROS, GOMES, 2011; RIOS, 2010).

Considerando-se tudo isso, visando à adoção de práticas de cuidado em saúde mais humanizadas, a PNH surgiu principalmente com o objetivo de promover uma mudança no cenário vigente de hipervalorização do modelo técnico-científico da saúde, e desde então tem atuado incentivando o desenvolvimento de atitudes humanísticas entre os profissionais, nos eixos da gestão, da atenção em saúde e da formação. Essa política se fundamenta, portanto, na superação do reducionismo ao qual a racionalidade biomédica está aprisionada, tornando o encontro com o outro imprescindível (BRASIL, 2004). No entanto, embora o conceito de humanização se constitua num alicerce para diversos programas e políticas, ele carece de uma definição mais clara, já que se conforma mais como uma diretriz de trabalho do que como um aporte teórico-prático (DESLANDES, 2006). Como não existe uma única definição teórica e operacional para o termo humanização, ele se tornou polissêmico. Conseqüentemente, essa polissemia tem como resultado a falta de demarcação de sua abrangência e aplicabilidade (DESLANDES, 2006). Assim, alguns autores (CAPRARA, FRANCO, 2006; RIOS, 2010) têm destacado a necessidade de discutir tal conceito desde a formação acadêmica, visto que compreender o que é a humanização irá refletir diretamente na prática clínica e desenvolver o relacionamento médico-paciente.

Em uma investigação (MEDEIROS, BASTISTA, 2016) sobre os conceitos de humanização comumente empregados na literatura nos últimos anos, as autoras identificaram que os principais sentidos aos quais esse termo é atribuído são o de ética dos relacionamentos, do cuidado e da comunicação com o outro, o de pensar sobre o tema como um conceito que orienta práticas; e de reflexões a respeito do que a humanização produz. Outra pesquisa encontrou (HECKERT, PASSOS, BARROS, 2009) os sentidos relacionados à empatia, diálogo, respeito às diferenças para definição de humanização. Já outro estudo (BENEVIDES, PASSOS, 2005) identificou a definição de humanização como ‘bom humano’ orientado pelas exigências de mercado para garantia de qualidade do serviço. Essa multiplicidade de sentidos destaca a importância dos estudantes de medicina, compreenderem a ideia de atendimento médico humanizado sob múltiplas perspectivas, para atuarem de maneira mais efetiva no Sistema Único de Saúde (SUS).

Reconhece-se que humanizar a atenção à saúde é um processo a longo prazo que está intimamente ligado a contextos que se apresentam dinâmicos e complexos. Nesse processo ocorrem resistências por parte dos atores envolvidos, pois a humanização requer mudanças de

comportamentos historicamente construídos, principalmente em ambientes conservadores como o curso médico (NOGUEIRA-MARTINS, BÓGUS, 2004).

Assim, coloca-se um desafio para o Estado brasileiro: orientar a formação destes médicos, desde o momento inicial até a educação permanente, estimulando que o cuidado à população seja de maneira humanizada, valorizando a integralidade e a promoção da saúde, como preconizado nos documentos oficiais (HADDAD *et al.*, 2010; GONZÁLEZ, ALMEIDA, 2010).

Dessa forma, são evidenciadas várias atribuições que compreendem práticas humanizadas de cuidado, tais quais a responsabilidade social, respeito e defesa da dignidade humana e da saúde integral do ser humano. Em um estudo (FUNGHETTO *et al.*, 2015) a respeito dos perfis dos profissionais de saúde tendo as DCN como base, é revelado que para a construção de um conceito ampliado da saúde na formação dos profissionais desse campo, é necessária uma permanente articulação entre o SUS e o sistema de educação superior buscando suprir as necessidades de saúde da população. A humanização, nesse contexto, se mostra como um dos mais importantes fatores a ser contemplado por esse processo.

Nesse sentido, no âmbito da formação profissional em saúde, a publicação, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina e sua revisão em 2014 contribuíram para um maior investimento na formação médica, buscando-se uma melhor adequação dos perfis profissionais aos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2014).

Como consequência, diversas instituições têm promovido reformas curriculares inserindo componentes que visam garantir uma formação ética humanística aos estudantes. Em consonância com essas mudanças, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), aprovou um novo projeto pedagógico contemplando um Eixo Ético-Humanístico que perpassa os primeiros oito semestres de formação médica e tem como objetivo desenvolver atitudes éticas e humanas, integrando todas as práticas curriculares (FORMIGLI, 2010). A partir destas mudanças torna-se necessário investigar quais as concepções de atendimento médico humanizado foram construídas pelos estudantes de medicina da UFBA para se analisar como esses futuros profissionais pretendem atuar à luz das novas exigências profissionais.

O presente artigo objetiva analisar as concepções de atendimento médico humanizado de graduandos em Medicina da Universidade Federal da Bahia. Atrelado a isso, discute-se também sobre a contribuição da educação médica para a construção desses sentidos em consonância com a Política Nacional de Humanização.

Percurso Metodológico

Esse estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa (KERR, KENDALL, 2013) de caráter exploratório (GIL, 2008) com recorte transversal (AUGUSTO *et al.*, 2013). Importante ressaltar que este é parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “O Eixo Ético-Humanístico na Faculdade de Medicina da Bahia: percepções dos estudantes”. Reforça-se que o objetivo da investigação foi analisar como os estudantes da graduação em Medicina da UFBA concebem o que é um atendimento médico humanizado.

Os dados da pesquisa foram produzidos com a aplicação individual de questionário aos estudantes do 1º ao 8º semestres do curso de Medicina da UFBA, por 4 examinadores, em sala de aula, durante os encontros das disciplinas de Ética que integra o Eixo Ético-Humanístico do currículo, em agosto de 2018. Dos 1023 estudantes regularmente matriculados, 718 estavam entre o primeiro e oitavo semestre do curso de Medicina da UFBA. Destes, 451 responderam ao questionário, e a partir disso, foram selecionados aqueles que responderam a questão de interesse deste estudo, totalizando 344 sujeitos.

O foco desta análise foram as respostas dadas a última questão aberta do questionário: “O que é um atendimento médico humanizado para você?”. Sobre a análise de questões abertas (KRONBERGER, WAGNER, 2010), a literatura afirma que esta metodologia de produção de dados é interessante por favorecer respostas que denotam uma “compreensão espontânea” dos sujeitos sobre o objeto da investigação. Dessa maneira, a análise das respostas dessa questão, alinhada com as informações da literatura científica sobre os conceitos de humanização, se propõe a inferir os sentidos construídos pelos estudantes de Medicina da UFBA a respeito da humanização do atendimento. A análise de conteúdo temática (BARDIN, 1977), foi escolhida como o método mais pertinente de análise do material coletado.

Do ponto de vista operacional, os procedimentos envolveram três etapas distintas, porém articuladas. A primeira fase consistiu na pré-exploração do corpus selecionado para análise, na qual se sucederam várias leituras do material a fim de organizar informações importantes para as demais etapas (CAMPOS, 2004). Na segunda etapa ocorreu a seleção das unidades de análise a fim de realizar a análise temática das respostas dos estudantes e o processo de categorização não-apriorística dos elementos identificados nessas unidades. Ainda nessa fase, a partir da leitura do material selecionado, foram agrupadas aquelas unidades que apresentavam temática similar (CAMPOS, 2004).

Dessa maneira, construíram-se três categorias: a) Concepção de atendimento médico humanizado de acordo com aspectos gerais que norteiam a PNH; b) Compreensão ampliada do conceito de Humanização; e, c) Conhecimento superficial do tema e tendência à

valorização do modelo técnico-científico de atenção e da ideia de superioridade médica. Finalmente, na terceira e última etapa ocorreu o processo de análise propriamente dito, a partir do tratamento e interpretação dos dados categorizados à luz do referencial teórico do estudo (CAMPOS, 2004). Terminados os processos de categorização e análise, foram selecionadas algumas falas representativas das demais para elucidar a discussão de cada categoria.

O estudo obedeceu aos padrões éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA sob Parecer n.º 2.769.003.

Resultados e Discussão

A média de idade dos respondentes foi de 23 anos. Quanto ao sexo biológico, 50,7% (193 respondentes) se identificaram como do sexo feminino. Por autodeclaração, uma maioria (52,8%) se afirmou parda, seguidos por 32% autodeclarados brancos. O tipo de ensino médio prevalente foram escolas privadas com 55,6% (equivalente a 212 respondentes). A renda familiar com maior número de declarações esteve entre 10 e 30 salários mínimos, totalizando 31,2% das respostas. E finalmente, quanto à intenção de fazer uma especialização após a conclusão da graduação, a maioria absoluta (98,4%) declarou concordar com essa afirmação. Clínica médica e cirurgia foram as áreas de maior interesse.

Um perfil socioeconômico elevado e uma preferência pela prática especializada da medicina são características comuns entre os estudantes desse curso, algo evidenciado em outros estudos. No entanto, uma maioria feminina e parda é algo diferente do padrão apontado nos estudos de perfil de estudantes de medicina, os quais têm sua maioria composta por homens autodeclarados brancos (FERREIRA *et al.*, 2000; CARDOSO FILHO *et al.*, 2013; FIOROTTI, ROSSONI, MIRANDA; 2010). Essa diferença pode estar diretamente relacionada à efetividade das políticas de ações afirmativas implantadas na educação superior nos últimos anos, que buscam corrigir a histórica exclusão de algumas minorias no processo de escolarização e acesso ao ambiente universitário (LIMA, 2010).

As respostas analisadas que compuseram a primeira categoria foram aquelas que demonstraram concepções de humanização considerando aspectos gerais da PNH, ao apontar, por exemplo, conceitos como ética profissional e dignidade humana. Segundo essa política, humanização pode ser considerada uma prática social capaz de ampliar vínculos, sobretudo os de solidariedade e de co-responsabilidade. Sendo, portanto, uma maneira de se promover inclusão (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, tal inclusão se refere essencialmente a viabilizar a participação dos sujeitos e coletivos, sejam usuários ou profissionais, nos diversos cenários em que se organiza a saúde: a gestão, o cuidado e a formação. Essa integração, então, favorece a criação de bons vínculos e estimula a autonomia dos envolvidos (BRASIL, 2010). Contudo, tendo isso em vista, chamou atenção o fato dos estudantes que compuseram esta categoria não transcenderem o que a PNH propõe, porque em suas respostas não demonstraram reflexão crítica a respeito do conceito e/ou não expuseram visões ampliadas do mesmo. As respostas agrupadas nessa categoria apenas reproduzem afirmações gerais e superficiais da política, como no destaque a seguir:

“O atendimento médico humanizado **é ouvir.**” (Estudante 08, 8º semestre)

“Um atendimento que, **no mínimo, respeite a dignidade humana** do paciente e os **princípios éticos da profissão.**”
(Estudante 369, 2º semestre)

“Que **siga o exposto na PNH.**” (Estudante 428, 5º semestre)

“Atendimento médico humanizado é um atendimento **de humano para humano.**”
(Estudante 414, 2º semestre)

É importante afirmar que entender a PNH e o conceito de humanização que ela propõe é fundamental para todos os profissionais de saúde, sobretudo aqueles que estão em formação. A partir da compreensão do real sentido de humanizar haverá uma prática clínica ideal, para tanto, é necessário enxergar a medicina como uma atividade social e moral (KUMAGAI, 2014). Entretanto, ir além do que está exposto na política indica que os estudantes que o fazem, futuros trabalhadores da saúde, compreendem a essência do que ela propõe e apresentam ainda uma criticidade maior quanto ao sentido de humanizar o atendimento. Humanizar a saúde, por sua vez, seria então estimular o desenvolvimento de características como respeito, valorização do outro e empatia nos profissionais. Corroborando com isso, é sabido que existem diversos conhecimentos, atitudes e habilidades, em múltiplos sentidos, que podem se configurar “traços humanísticos” (PEREIRA, 2004). Dessa forma, um atendimento humanizado seria aquele que considerasse esses múltiplos fatores - que estão expostos na política - mas que também valorizasse as subjetividades dos profissionais e dos pacientes nesse processo.

As falas analisadas classificadas na segunda categoria, em contrapartida a isso, apontaram concepções ampliadas de humanização, especialmente, por demonstrarem além do entendimento dos aspectos preconizados pela PNH, a capacidade de empatia pelos usuários dos serviços e compreensão a respeito de aspectos sensíveis do processo de atendimento:

“Médico que **ouve o paciente, não interrompe, não é arrogante, se importa além da doença, respeita a autonomia** (não faz procedimentos sem consentimento), não trata o paciente como mero cliente e que **não impõe uma relação de superioridade.**”
(Estudante 444, 5º semestre)

“Um atendimento **sem pressa**, que o médico **olha no olho do paciente**. Que o médico passa a mensagem que **o mais importante é o bem estar do paciente**, e que este tem **liberdade para falar de tudo**, dúvidas, medos e sonhos. Atendimento que o médico não se empolga com doenças raras porque isso cresce o ego dele.”
(Estudante 437, 5º semestre)

“Um atendimento médico humanizado é o que visa **entender o outro como um ser plural**, não só pela sua patologia, mas **que tem anseios, sentimentos, vivências e merece todo o respeito e cuidado individual dentro de sua pluralidade.**”
(Estudante 385, 5º semestre)

Acerca da empatia, acredita-se que seu significado estaria no sentido de um indivíduo perceber a realidade do outro como se fosse sua, mas sem nunca esquecer dessa noção de “como se”, que significa compreender e respeitar essa realidade, mas ter em mente também as diferenças inerentes a cada um. Significa sensibilizar-se pelas necessidades e demandas dos sujeitos, entendendo suas particularidades (ROGERS, 2007; COSTA, AZEVEDO, 2010). Na formação médica, a capacidade de empatia dos profissionais por seus pacientes pode ser determinante no estabelecimento de uma boa relação médico-paciente (COSTA, AZEVEDO, 2010).

Compreender, portanto, os múltiplos sentidos e significados que o conceito de humanização pode assumir permite que, ao longo da formação, os estudantes possam vivenciar experiências que estejam pautadas também no princípio da integralidade do cuidado e da valorização do trabalho em equipe (MEDEIROS, BATISTA, 2016). Dessa maneira, acredita-se que esse entendimento ampliado dos estudantes contribui para efetivação do que as DCN propõem como perfil desejável de médico, conciliando os saberes técnico-científicos, com habilidade de diálogo e capacidade de empatia com os outros. Algo também evidenciado nas seguintes falas:

“Um atendimento que **acolha o paciente com as suas singularidades, que adequa o tratamento** a cada caso particular e num ambiente que **exista uma boa relação entre toda a equipe e pacientes.**”
(Estudante 225, 3º semestre)

“Atendimento humanizado é um **atendimento integral**, sob a luz de um **conceito ampliado de saúde e processo de adoecimento, considerando os DSS e olhando o paciente de forma holística** considerando seus aspectos de vida macro e micro sociais e individuais (genéticos e estilo de vida).”
(Estudante 352, 2º semestre)

“Atendimento médico humanizado é muito amplo, mas resumidamente é um atendimento que **contemple o ser humano em sua totalidade**, que considera **não**

apenas aspectos biológicos do paciente, que visa não só a cura de doença e tratamento de sintomas, mas o bem-estar a longo prazo de pessoas.”

(Estudante 368, 2º semestre)

A capacidade de atuar em conjunto, respeitando as peculiaridades e saberes de cada profissão torna a interprofissionalidade uma proposta fundamental para a consolidação da proposta do SUS. Para tanto, autores argumentam que é fundamental que a formação dos profissionais de saúde tenha direcionamento baseado numa perspectiva crítico-reflexiva e interprofissional, de modo que se contribua para a transformação social dos sujeitos (SILVA, 2011).

Dessa maneira, é essencial reconhecer e valorizar as dimensões subjetivas dos usuários no atendimento (TRAVERSO-YÉPEZ, MORAIS, 2004). Não somente devido aos princípios éticos da profissão, mas porque essas pessoas são agentes sociais da própria mudança que deve ser alcançada através de reflexão consciente e compartilhada dos problemas entre eles e os profissionais e, também, do compartilhamento de saberes, em busca da melhor estratégia para solução das suas necessidades, o que na saúde é conhecido como empowerment. Uma percepção ampliada que também pôde ser percebida entre os estudantes:

“Anamnese bem feita, procurando saber do contexto social, cultural, religioso, econômico e entendendo acerca das desigualdades existentes, conhecendo o SUS e suas formas de acesso e que a terapêutica seja conversada, justa e beneficente, utilizando a ética.”

(Estudante 86, 1º semestre)

“Um atendimento que considera um paciente em níveis complexos de saúde, não apenas biologicista ou reducionista, que empodera, ouve, intervém, auxilia e que promove uma relação horizontal de co-participação.”

(Estudante 442, 5º semestre)

“É aquele que considera todas as dimensões do paciente e o enxerga como um todo, dando autonomia e empoderamento para ser participante do processo de cura e acompanhamento.”

(Estudante 425, 5º semestre)

A PNH em seu texto afirma também que a ideia de humanizar inclui a oferta de atendimento de qualidade, de modo que se articule os avanços tecnológicos com outras demandas subjetivas dos pacientes, como o acolhimento, a melhoria dos ambientes de cuidado e ainda a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004). Corroborando essa definição, há evidências (PEREIRA, 2004) de que no modelo Humanista do cuidado em saúde, a competência profissional valoriza a técnica, contudo precisa ir além dela, porque o bom profissional exhibe “traços humanísticos”, além da “competência técnico-científica”.

Finalmente, a terceira categoria reuniu as respostas que demonstraram concepções de humanização que, apesar de em alguns casos apresentarem aspectos que corroboram com alguns princípios da PNH, transmitiram também uma ideia de superioridade médica e valorização de habilidades e conceitos técnicos em detrimento da boa relação médico-paciente, expondo uma contradição importante:

“Um atendimento com excelência técnica e ao mesmo tempo, centrado no paciente, com o intuito de criar vínculos, empatia e todos os processos que facilitem a recuperação do paciente e visando diminuir taxa de desistências de tratamento/abandono de terapêutica.”

(Estudante 435, 5º semestre)

“Respeitar a autonomia do paciente; Anamnese completa; Respeitar o Código de Ética Médica.”

(Estudante 152, 1º semestre)

“Atendimento médico humanizado é aquele que atenda às necessidades do indivíduo, sem prolongar nem abreviar demasiadamente por motivos pragmáticos.”

(Estudante 316, 7º semestre)

É importante ponderar respostas como essas porque elas expõem pensamentos que reforçam o padrão hegemônico de supervalorização do modelo biomédico. Diante disso, é importante refletir que o objetivo do cuidado precisa ser o bem-estar do paciente e não as expectativas de resultado dos profissionais e que as práticas precisam ser orientadas não só por evidências científicas, mas considerar também os aspectos culturais, socioeconômicos e subjetivos da relação médico-paciente (PEREIRA, 2004).

Em um estudo (RIOS, SCHRAIBER, 2012) com estudantes do curso de Medicina, os próprios alunos elegeram algumas características que seriam comuns entre os colegas, sendo elas a imaturidade emocional, os preconceitos (de raça, de sexualidade, de classe...), a alienação (quanto à noção de quem se é), competitividade, superficialidade e individualismo, e a falta de profissionalismo. Esse perfil gera preocupação não só por ter sido informado pelos próprios estudantes, mas, também, por se afastar completamente do perfil profissional preconizado pelas DCN e pela PNH. As autoras do referido estudo identificaram que o sentimento de superioridade é uma das principais características dos estudantes de medicina, apontada pelos próprios alunos, e para eles, isto seria uma conquista histórica, que demanda esforço para ser mantida. Algo que também ficou explícito em relatos desta presente investigação:

“É o que tem formação de vínculo e cuidado baseado nas evidências científicas como preconiza a medicina.”

(Estudante 231, 1º semestre)

“É não achar que o paciente vai te processar e fazer uma medicina defensiva. E sim, ter uma boa comunicação e um olhar de cuidado, e se possível, atingir a “cura”, no caso o paciente, ele se cura.”

(Estudante 174, 6º semestre)

“Atendimento médico humanizado busca tratar o outro da forma que eu gostaria de ser tratado num momento de fragilidade, **ter domínio satisfatório da técnica.**”

(Estudante 187, 6º semestre)

A valorização do modelo biomédico tecnicista, percebida nas falas anteriores, aliada a atual e persistente ideologia mercantilista da saúde contribui para essa realidade. Reconhece-se que as práticas relacionadas ao processo saúde-doença tem relação direta com os contextos social e cultural que elas estão inseridas e também com a maneira como os sujeitos vivenciam isso subjetivamente (TRAVERSO-YÉPEZ, MORAIS, 2004). Portanto, esses aspectos não podem ser negligenciados durante o atendimento médico.

Na virada do século XX a importância do relacionamento entre médico e paciente foi dando lugar à necessidade de descoberta e rotulagem das doenças. Assim, o objetivo central do atendimento médico passou a ser a cura da doença. O poder atribuído aos médicos na contemporaneidade existe em decorrência do seu status profissional e da autonomia sobre seu trabalho, que é mantido por seu controle sobre o conhecimento médico. No entanto, esse conhecimento é construído em decorrência de uma luta de poder entre vários grupos de interesses diferentes, cada um com intenção de alcançar alto status e poder. Nessa esfera cita-se a indústria farmacêutica, meios de comunicação, a política, entre outros (RIOS, SCHRAIBER, 2012).

Na contramão desse processo neoliberal e capitalista, o SUS foi criado com uma proposta de democratização do acesso à saúde, tendo como alguns de seus princípios norteadores a Universalidade, a Equidade e a Integralidade. Nesse contexto, cabe ainda acrescentar que a Humanização enquanto política pública, a partir de sua criação, passou a ser um eixo estruturante e transversal a todas as ações do SUS (BRASIL, 2004). Diante disso, formar médicos capazes de atuar com excelência, implica também que estes compreendam o significado da Humanização, tanto do ponto de vista geral, enquanto política, quanto do ponto de vista micro, das relações cotidianas com pacientes e colegas de trabalho.

Em um estudo (PEREIRA, 2018) a respeito do olhar do estudante de Medicina sobre o SUS, analisou discursos de estudantes de vários semestres de 12 Instituições de Ensino Superior (IES). Um dado alarmante exposto nesta investigação foi o descontentamento da maioria dos estudantes com a ideia de atuar no SUS. Então, importou perceber que apesar de não ser o foco da pergunta, algumas respostas elucidaram o que pensam estudantes de medicina da UFBA sobre isso:

“Atendimento médico humanizado é anamnese bem feita, procurando saber o contexto social, cultural, religioso, econômico e entendendo acerca das

desigualdades existentes, conhecendo o Sistema Único de Saúde e suas formas de acesso e que a terapêutica seja conversada, justa e beneficente, utilizando a ética.”
(Estudante 86, 1º semestre)

Considerando-se tudo isso, um questionamento levantado durante o desenvolvimento desse estudo diz respeito a quais razões explicariam essas diferentes concepções de atendimento humanizado entre os estudantes, visto que todos vivenciam o mesmo curso. Um segundo questionamento, seria o de por que não houve grandes diferenças entre os semestres dos estudantes respondentes de cada categoria. Estar mais avançado no curso não foi fator determinante nas concepções de atendimento humanizado expressas por eles. Dado o exposto, ficou evidente a necessidade de se realizar novas e mais aprofundadas investigações, a fim de entender que outros fatores contribuem para o desenvolvimento dessas atitudes e a construção dessas concepções.

Considerações Finais

Esta investigação demonstrou a importância de se compreender o que pensam os estudantes de medicina da UFBA acerca da humanização visto que serão futuros profissionais de saúde, considerando as particularidades dos usuários e respeitando a dignidade humana. Sendo assim, observou-se que a partir das falas analisadas foram evidenciadas características em comum, que fizeram emergir a posteriori as categorias da investigação.

Dessa maneira, as três categorias formadas agruparam respostas que demonstraram concepções de atendimento humanizado de acordo com os aspectos gerais que norteiam a PNH; outras com compreensões mais complexas, incluindo além das noções da política, aspectos subjetivos em suas respostas; e ainda falas que apontaram um conhecimento superficial a respeito do tema, além de uma tendência à valorização do modelo técnico-científico de atenção e da ideia de superioridade médica.

Diante do exposto, conclui-se que a formação do profissional de Medicina integra um processo mais amplo que inclui a mudança no modelo assistencial à saúde como também a formação de sujeitos comprometidos com as necessidades de saúde da população. Ademais, entende-se que a discussão sobre a formação deste profissional precisa passar pela incorporação de novos conteúdos e espaços de ensino-aprendizagem, nos quais a inclusão das humanidades, no processo histórico da educação médica brasileira, tem sido tensionada como uma estratégia efetiva de mudança na prática.

REFERÊNCIAS

- AMORETTI, R. A Educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.
- AUGUSTO, C. A., SOUZA, J. P., DELLAGNELO, E. H. L., CARIO, S. A. F. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Piracicaba/SP, v. 51, n. 4, p. 745-764, 2013.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal: Revista de Psicologia**, [s.l.], v. 23, n. 3, p. 641-658, 2011.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, [s.l.], v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **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.
- BRASIL. **Caderno HumanizaSUS: Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p.1-242.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3/2014 de 23 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, p. 8, 23 jun. 2014.
- CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: Ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, [s.l.], v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-193, 1999.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. Relação médico-paciente e Humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p.85-108.
- CARDOSO FILHO, F. A. B., MAGALHÃES, J. F. , SILVA, K. M. L., PEREIRA, I. S. S. D. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 32-40, 2015.
- COSTA, F. D., AZEVEDO, R. C. S. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.

DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

FERREIRA, R. A., PERET FILHO, L. A., GOULART, E. M. A., VALADÃO, M. M. A. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Rev Ass Med Brasil**, [s.l.], v. 46, n. 3, p. 224-231, 2000.

FILGUEIRAS, S. Eu não sou o HIV que eu tenho: humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com Aids. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

FIOROTTI, K. P., ROSSONI, R. R., MIRANDA, A. E. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 355-362, 2010.

FORMIGLI, V. L.; BARBOSA, H. S.; LIMA, M. A. G.; ARAÚJO, I. B.; FAGUNDES, N. C.; MACEDO, R. S. A. Projeto Político-Pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB. **Gazeta Médica da Bahia**, [s.l.], v. 79, n. 1, p. 3-47, 2010.

FUNGHETTO, S. S. et al. Perfil profissional tendo o SUS como base das Diretrizes Curriculares da área da saúde no processo avaliativo. **Saúde em Redes**, [s.l.], v. 1, n. 3, p. 103-120, 2015.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, R. M., SCHRAIBER, L. B. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, [s.l.], v. 15, n. 37, p. 339-50, 2011.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

HADDAD, A. E., MORITA, M. C., PIERANTONI, C. R., BRENELL, S. L., PASSARELLA, T., CAMPOS, F. E. Undergraduate programs for health professionals in Brazil: an analysis from 1991 to 2008. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v.44, n. 3, p. 383-393, 2010.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, [s.l.], v. 13, p. 493-502, 2009.

KEMP, A., EDLER, F. C. 'A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas'. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, v. 11, n.3, p. 569-85, set.-dez. 2004.

KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C. A pesquisa qualitativa em saúde. **Rev Rene**, [s.l.], v.14, n. 6, p. 1061-1063, 2013.

KRONBERGER, N.; WAGNER, W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.), **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:**

um manual prático; tradução de Pedrinho A. Guareschi. 8. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, p. 416-441, 2010.

KUMAGAI, A. K. From competencies to human interests: Ways of knowing and understanding in medical education. **Academic Medicine**, [s.l.], v. 89, n. 7, p. 978-983, 2014.

LIMA, M. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. **Novos estudos**, [s.l.], v. 87, p. 77-95, 2010.

MEDEIROS, L. M. O. P.; BATISTA, S. H. S. S. Humanização na formação e no trabalho em saúde : Uma análise da literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 14, n. 3, p. 925–951, 2016.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 13, n. 3, p. 44–57, 2004.

PEREIRA, G. A., STADLER, A. M. U., UCHIMURA, K.Y. O. O olhar do estudante de medicina sobre o sistema único de saúde: a influência de sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 57-66, 2018.

PEREIRA, Ricardo Tapajós Martins Coelho. **O ensino da medicina através das humanidades médicas**: análise do filme *And the band played on* e seu uso em atividades de ensino/aprendizagem em educação médica. 2005. Tese (Doutorado) - Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

RIOS, I. C. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 1725–1732, 2010.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. **Humanização e Humanidades em Medicina**. São Paulo: UNESP, 2012.

ROGERS, C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, [s.l.], v. 44, n. 3, p. 240-248, 2007.

SILVA, R. H. A. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Educar em Revista**, [s.l.], v. 39, p. 159-175, 2011.

TRAVERSO-YÉPEZ, M., MORAIS, N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v.20, n. 1, p. 80-88, 2004.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 10, n. 3, p. 585-597, 2006.

7. CONCLUSÃO

A medicina permeia o imaginário de muitas pessoas como um ideal de realização pessoal e profissional. Ainda hoje resquícios da visão da profissão como um sacerdócio, contribuem para que aqueles que a exercem gozem de grande status social, reforçando todo esse processo. No entanto, a definição do que seria uma “boa medicina” atualmente, é entrecortada por tensões epistemológicas e paradigmáticas que contrapõem a ideia hegemônica de uma prática totalmente baseada em evidências e altamente tecnológica e tecnicista; à outra, contra hegemônica, baseada no reconhecimento da importância da técnica, mas com maior ênfase no resgate dos valores humanos e da construção de vínculos de confiança e respeito entre médicos e pacientes.

Este contexto tem suas raízes no desenvolvimento sócio-histórico da medicina e sobretudo no papel que esta ocupou na sociedade capitalista atual. E seus reflexos, obviamente impactaram não só a prática como também a formação dos profissionais desta área. A incorporação acrítica de tecnologia à prática médica, característica do modelo biomédico vigente, já se demonstrou insuficiente para atender às demandas da população, realçando o caráter social da medicina. E configurando uma das principais causas de um problema bastante atual no campo da saúde, que é a desumanização.

Por isso, diversos movimentos têm atuado no sentido de propor alternativas, mudanças na formação de médicos, que possam contribuir para alterar esta realidade. A proposta da Humanização, que tem suas raízes na Saúde Coletiva e no Sistema Único da Saúde é um destes. E partindo do pressuposto de que a formação é uma das dimensões que precisam ser contempladas pelo movimento da Humanização, a inclusão de disciplinas, conteúdos e práticas que envolvam o campo da Ética e das Humanidades se demonstra um bom caminho nesta direção.

Diante disso, a criação do Eixo Ético – Humanístico pela Universidade Federal da Bahia significou um passo importante neste contexto. Contudo, outras questões emergiram como necessárias a uma investigação, como por exemplo, em que bases se estruturou este eixo curricular? Que conteúdos foram incorporados? Seriam estes conteúdos correspondentes às demandas do processo de Humanização? E ainda, como se situam os estudantes frente a isso? O que pensam a respeito das contribuições deste eixo para sua formação? E levando em conta a formação proporcionada pelo eixo, o que eles entendem como um atendimento médico humanizado?

Este estudo se dedicou a investigar e tentar responder a todos estes questionamentos. Como resultados, foi identificado que o EEH foi criado num contexto, mas que não conseguiu ser implantado da maneira como foi idealizado. Existindo atualmente como um conjunto de disciplinas um tanto isoladas da matriz curricular geral, sem possibilidade de atuação de forma inter e transdisciplinar (como previa a proposta inicial), tendo como uma das principais causas, dificuldades internas de articulação com outros departamentos e professores de outras disciplinas.

Além disso, o EEH mantém ainda um caráter formativo baseado em muitos aspectos deontológicos da Ética Médica e princípios de prática médica “autodefensiva”, no sentido de preparar os estudantes para se defender de situações conflituosas que possam culminar em questões judiciais. Isto reflete um fenômeno contemporâneo na medicina que é a alta taxa de judicialização de questões médicas. Mas exprime também uma deficiência desta área em resolver questões inerentes às relações interpessoais, que talvez pudessem ser resolvidas com base no diálogo e no respeito mútuo. Também por esta razão, o EEH deveria se debruçar mais sobre este caráter da relação médico-paciente, explorando mais discussões das humanidades e da proposta da Humanização, que é inclusive uma política nacional.

Por outro lado, algo significativo percebido no EEH foi a presença de muitos conteúdos do campo da Bioética, que hoje incorpora discussões muito importantes como acerca do aborto, dos transplantes e transfusão sanguínea, e do complexo médico-industrial que domina o campo da saúde. Discussões como essas, abarcam em si debates que agregam a interdisciplinaridade de conteúdos e a necessidade de se refletir sobre os valores éticos e humanos inerentes à prática médica.

Nas falas dos estudantes acerca das contribuições formativas do EEH de acordo com suas percepções, aquilo apontado anteriormente pela análise documental também se fez presente. De maneira geral os estudantes demonstraram entender a importância e a necessidade do EEH para sua formação. Esse entendimento esteve muitas vezes baseado na valorização de contribuições do campo deontológico, mas também transpareceu a identificação por parte deles de contribuições para o aprimoramento da relação médico-paciente, amparadas na Bioética e nas Humanidades, e proporcionando, segundo os mesmos, o desenvolvimento de empatia, respeito, e responsabilidade, por exemplo.

Quanto à compreensão dos estudantes acerca do que seria um atendimento humanizado, foi visto aqui que se desenvolveu através de pensamentos complexos, baseados justamente em conceitos e discussões como os mencionados anteriormente. Mas também outros, baseados em definições simplificadas, de senso comum e um tanto até automatizadas a respeito da

humanização de sua prática. E ainda, aqueles que expressaram seu entendimento do assunto com base em ideias que destoam da proposta da Humanização e na verdade se aproximam muito mais do discurso de superioridade médica ainda vigente na atualidade. Algo que pode, inclusive, ser reflexo desta dificuldade de articulação do EEH com o restante da matriz curricular do curso e ainda, deste “ramo” deontológico da formação proporcionada por ele.

Considero então, que a essência da proposta de investigação a que me dediquei foi correspondida, pois os resultados permitiram vislumbrar um panorama das qualidades, dificuldades e necessidades de aprimoramento que o EEH abarca, elucidando tanto aspectos curriculares, quanto a visão dos estudantes a respeito disso. Tendo em vista ainda que este foi criado em 2007 e as últimas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina foram publicadas em 2014, os resultados da investigação corroboraram para destacar a emergência da necessidade de novas reformulações na matriz curricular e conseqüentemente, na formação médica na UFBA.

Uma limitação do estudo, no entanto, foi talvez a ausência da voz/percepção dos docentes acerca de todo este processo. Algo que pode inclusive ser base para novas investigações. Além disso, a utilização de questionários como instrumento de coleta permitiu o ganho de ter um número grande de sujeitos participantes e assim, poder inferir uma percepção representativa da visão dos estudantes do curso sobre o EEH. No entanto, entrevistas mais aprofundadas ou métodos etnográficos poderiam permitir vislumbrar outras nuances deste objeto como as relações de poder, entre departamentos, entre professores, entre estes e estudantes e ainda dos estudantes entre si, que permeiam um curso médico e que provavelmente geram grande influência na estrutura curricular e na visão dos estudantes sobre o que é aprendido.

Por último, é importante ressaltar um grande benefício que essa investigação proporcionou que foi contribuir para a divulgação do software Iramuteq como um importante e potente instrumento de suporte ao tratamento e a análise de dados. Através de uma Interface simples, este permite a otimização de processos e a realização de uma série de tratamentos estatísticos ao texto, e mais a criação de diagramas que tornam a interpretação dos dados ainda mais dinâmica. Considero isto um grande ganho porque tal software se baseia no princípio da ciência livre, aberta e gratuita para todos, o qual eu compartilho, e ainda, ele está disponível na internet para qualquer pesquisador que deseje utilizá-lo.

A partir de tudo isso, espero que esta investigação possa se somar aos debates acerca da necessidade de reformulações à educação médica e assim contribuir para equilibrar a favor do sentido contra hegemônico, o debate acerca do que é a famigerada “boa medicina”.

Ressaltando que a humanização da prática médica deveria ser algo natural, explícito, de entendimento mútuo. Tendo em vista que esta é amparada nas relações interpessoais e que a saúde é determinada não só por fatores biológicos, mas também psicológicos e sociais.

REFERÊNCIAS

AMORETTI, R. A Educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.

AUGUSTO, C. A.; SOUZA, J. P.; DELLAGNELO, E. H. L.; CARIO, S. A. F. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Piracicaba/SP, v. 51, n. 4, p. 745-764, 2013.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Humanidades como disciplina da graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 455-463, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAUER, M. B. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.), **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**; tradução de Pedrinho A. Guareschi. 8. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, p.189-217, 2010.

BLASCO, P. G. O humanismo médico: em busca de uma humanização sustentável da Medicina. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 68, n.1 (esp.), p. 1-12, 2011.

BRASIL. **Lei n. 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 23/12/1996, p.27.833.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, p.38, 9 nov. 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3/2014 de 23 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, p. 8, 23 jun. 2014.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, [s.l.], v. 9, n. 17, p. 389–394, 2005.

- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.
- CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-193, 1999.
- CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde / Training higher education of health professionals. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2 ed., rev., amp; 2012. p.885-910.
- DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- DONNANGELO, C. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.
- ESPERÓN, J. M. T. Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, [s.l.], v. 21, n. 1, e20170027, 2017.
- FAVERO, M. L. A. A Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. **Educar**, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006.
- FILGUEIRAS, S. Eu não sou o HIV que eu tenho: humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com Aids. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- FORMIGLI, V. L.; BARBOSA, H. S.; LIMA, M. A. G.; ARAÚJO, I. B.; FAGUNDES, N. C.; MACEDO, R. S. A. Projeto Político-Pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB. **Gazeta Médica da Bahia**, [s.l.], v. 79, n. 1, p. 3-47, 2010.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- FUNGHETTO, S. S. et al. Perfil profissional tendo o SUS como base das Diretrizes Curriculares da área da saúde no processo avaliativo. **Saúde em Redes**, [s.l.], v. 1, n. 3, p. 103-120, 2015.
- GALVÃO, M. C. B.; PLUYE, P.; RICARTE, I. L. M. Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação. **InCID: R. Ci. Inf. e Doc.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 4-24, set. 2017/fev. 2018.
- GARCIA, J. C. **Pensamento social em saúde na América Latina** / NUNES, E. D. (Org.). São Paulo: Cortez, 1989.
- GERHARDT, T. E. (org.); SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

- GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.
- HAFFERTY, F. W.; FRANKS, R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. **Acad Med**. v. 69, n. 11, p. 861-71, 1994.
- HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, [s.l.], v. 13, p. 493–502, 2009.
- KELLE, U. Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 393-415.
- KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C. A pesquisa qualitativa em saúde. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1061–3, 2013.
- KRONBERGER, N., WAGNER, W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M. W., GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 416–41.
- MEDEIROS, L. M. O. P.; BATISTA, S. H. S. S. Humanização na formação e no trabalho em saúde : Uma análise da literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 14, n. 3, p. 925–951, 2016.
- MINAYO, M. C. S. Sobre o Humanismo e a Humanização. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- NERY FILHO, A. *et al.* Bioética e literatura: relato de experiência do Eixo ético-humanístico FMB-UFBA. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 344-349, 2013.
- NOGUEIRA, R. P. **Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica**. São Paulo: Unesp, 2007.
- OLIVEIRA, N. A. *et al.* Mudanças curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 333-346, 2008.
- ORTEGA Y GASSET, J. **Missão da universidade**. Porto: Seara Nova, 1946.
- PEREIRA, Ricardo Tapajós Martins Coelho. **O ensino da medicina através das humanidades médicas: análise do filme And the band played on e seu uso em atividades de ensino/aprendizagem em educação médica**. 2005. Tese (Doutorado) - Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- REGO, Sérgio. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

RIOS, I. C. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 1725–1732, 2010.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. **Humanização e Humanidades em Medicina**. São Paulo: UNESP, 2012.

RIOS, I. C. Humanidades médicas como campo de conhecimento em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 21-9, 2016.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 1-15, 2009.

SCHRAIBER, L. B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 11, n. 1, p. 57-64, 1995.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585–597, 2006.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.11, n.22, p.223-38, 2007.

VERAS, R. M.; FEITOSA, C. C. M. Reflexões em torno das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Interface**. Botucatu, v. 23, supl. 1, p. 1-14, 2019.

WATSON, D. L.; NEHLS, K. Alternative dissertation formats: preparing scholars for the academy and beyond. Cap 4. In: STOREY, V. A.; HESBOL, K. A. **Contemporary approaches to dissertation development and research methods**. Hershey, PA, USA: Information Science Reference, 2016, p. 43-52.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

1. **Idade:** ___ anos **Gênero:** Masculino Feminino
2. **Naturalidade:** Salvador Interior da Bahia Outro estado: _____
3. **Como você se considera?** Branco Negro Indígena Pardo Amarelo
4. **Onde você estudou a maior parte do seu ensino médio?** Escola Pública Escola Particular
5. **Qual a escolaridade dos seus pais?**
Mãe Nenhum Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior Pós-graduação
Pai Nenhum Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior Pós-graduação
6. **Qual a renda total da sua família (incluindo os seus rendimentos)?**
 Até 1,5 salário mínimo (até R\$ 1.086,00).
 De 1,5 a 3 salários mínimos (R\$ 1.086,01 a R\$ 2.172,00).
 De 3 a 4,5 salários mínimos (R\$ 2.172,01 a R\$ 3.258,00).
 De 4,5 a 6 salários mínimos (R\$ 3.258,01 a R\$ 4.344,00).
 De 6 a 10 salários mínimos (R\$ 4.344,01 a R\$ 7.240,00).
 De 10 a 30 salários mínimos (R\$ 7.240,01 a R\$ 21.720,00).
 Acima de 30 salários mínimos (mais de R\$ 21.720,01).
7. **Seu ingresso no curso de graduação se deu por meio de políticas de ação afirmativa ou inclusão social?**
 Não.
 Sim, por critério étnico-racial.
 Sim, por critério de renda.
 Sim, por ter estudado em escola pública ou particular com bolsa de estudos.
 Sim, por sistema que combina dois ou mais critérios anteriores.
 Sim, por sistema diferente dos anteriores.
8. **Você recebe algum tipo de**

A. Bolsa auxílio? <input type="radio"/> Nenhum. <input type="radio"/> Auxílio moradia. <input type="radio"/> Auxílio alimentação. <input type="radio"/> Auxílio moradia e alimentação. <input type="radio"/> Auxílio Permanência. <input type="radio"/> Outro tipo de auxílio.	B. Bolsa acadêmica? <input type="radio"/> Nenhum. <input type="radio"/> Bolsa de iniciação científica. <input type="radio"/> Bolsa de extensão. <input type="radio"/> Bolsa de monitoria/tutoria. <input type="radio"/> Bolsa PET. <input type="radio"/> Outro tipo de bolsa acadêmica.
---	--
9. **Possui graduação anterior?** Não Sim. Qual? _____
10. **Ano e semestre de entrada no curso de graduação em medicina:** _____
11. **Qual o seu semestre atual do eixo ético-humanístico?** 1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º
12. **Já atuou como profissional?** Não Sim **Já fez ou faz estágio?** Não Sim
13. **Trabalha atualmente?** Não Sim
14. **Participou de alguma atividade de extensão na graduação em medicina?** Não Sim
15. **Participou de algum grupo de pesquisa na graduação em medicina?** Não Sim
16. **Cursou disciplinas em outros institutos ou faculdades na UFBA durante a graduação em medicina fora da matriz curricular obrigatória?** Não Sim
17. **Pretende fazer especialização depois de formado?** Não Sim. Qual? _____
18. **Conhece as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de graduação em Medicina?**
 Não conheço as DCNs.
 Já ouvi falar sobre as DCNs, mas não sei do que se tratam.
 Sei o que são as DCNs.
 Já li/estudei as DCNs.
 Sei quais mudanças as DCNs trouxeram para a minha graduação.

Nessa parte do questionário, responda de acordo com o seu nível de concordância para com as frases a seguir.

1. **Eu conheço a estrutura curricular do meu curso de graduação.**

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

2. O currículo de minha Instituição atende aos objetivos das DCN (Diretrizes Curriculares Nacionais) para o meu curso.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

3. O currículo da graduação em medicina privilegia disciplinas técnicas e científicas.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

4. Eu considero as disciplinas biológicas as mais importantes para a minha formação.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

5. Eu considero disciplinas dos módulos clínicos as mais importantes para a minha formação.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

6. Eu considero as disciplinas de formação em pesquisa as mais importantes para a minha formação.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

7. Eu considero as disciplinas ético-humanísticas as mais importantes para a minha formação.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

8. Meus colegas de curso não consideram o eixo ético-humanístico importante para as suas formações.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

9. Eu conheço os objetivos do eixo ético-humanístico do meu currículo.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

10. Considero necessário que as disciplinas do eixo ético-humanístico estejam presentes em todos os semestres da graduação

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

11. É importante cursar disciplinas de outros Institutos da UFBA (fora da grade curricular padrão) durante a graduação em medicina.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

12. O eixo ético-humanístico aborda os conteúdos de forma interdisciplinar.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

13. Existe integração entre as disciplinas do eixo ético-humanístico

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

14. Há correlação/integração entre os assuntos estudados no eixo ético-humanístico e os conteúdos das demais disciplinas.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

15. O programa das disciplinas do eixo ético-humanístico fazem com que eu me interesse pela minha formação.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

16. Os professores do eixo ético-humanístico demonstram domínio dos conteúdos e temas ministrados.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

17. A carga horária do eixo ético-humanístico deveria aumentar para o aprendizado sobre os conteúdos ser satisfatório.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

18. Os materiais bibliográficos são disponíveis e suficientes para a abordagem dos conteúdos no eixo ético-humanístico.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

19. Há coerência entre os objetivos propostos do eixo-ético humanístico e o conteúdo das suas aulas.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

20. Os assuntos abordados no eixo ético-humanístico priorizam aspectos relativos ao Código de Ética Médica.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

21. Depois de graduado, pretendo ingressar de imediato em um programa de residência médica.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

22. Depois de formado, eu pretendo abrir um consultório médico próprio.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

23. Depois de formado, eu pretendo seguir carreira acadêmica.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

24. Depois de formado, eu pretendo trabalhar em uma instituição de saúde privada.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

25. Depois de formado, eu pretendo atuar no Sistema Único de Saúde (SUS).

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

26. Aplico os conhecimentos adquiridos no eixo ético-humanístico em minha prática clínica.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

27. Estudar o Código de Ética Médica é o mais importante para a minha atuação profissional.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

28. Estudar sobre a ética envolvida na relação médico-paciente é o mais importante para a minha atuação profissional.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

29. Considero que o ensino da ética médica em todos os semestres do curso de graduação em medicina é fundamental para desenvolver a minha atuação profissional.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

30. Se o eixo ético-humanístico não existisse, a minha prática clínica seria a mesma.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

1. As metodologias de ensino utilizadas contribuíram para a aprendizagem e discussões dos temas abordados no eixo ético-humanístico?

a) Leitura de livros literários

Utilizei e foi satisfatório	Não utilizei	Utilizei e não foi satisfatório
-----------------------------	--------------	---------------------------------

b) Caso clínico

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

c) Rodas de discussão

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

d) Aula expositiva

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

2. As formas de avaliação das disciplinas do eixo ético-humanístico utilizadas estão de acordo com os temas abordados em sala?

a) Prova individual

Utilizei e foi satisfatório	Não utilizei	Utilizei e não foi satisfatório
-----------------------------	--------------	---------------------------------

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

b) Seminários em grupos

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

c) Construção de artigos

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

d) Narrativas médicas

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

e) Teatro

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

Quais são as contribuições do eixo ético-humanístico para a sua atuação profissional?

O que é um atendimento médico humanizado para você?
