



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO –
PPG DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO – CAMPUS I
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E
CONTEMPORANEIDADE – PPGEDUC**

LUCIENE LESSA ANDRADE

**MOVIMENTOS DE HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO
PROFISSIONAL EM UM CURSO DE MEDICINA**

Salvador – Bahia

2020

LUCIENE LESSA ANDRADE

**MOVIMENTOS DE HUMANIZAÇÃO NA
FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM UM CURSO DE
MEDICINA**

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós- Graduação em Educação e Contemporaneidade (PPGEduC) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) na Linha de Pesquisa Educação, Práxis Pedagógica e Formação do Educador, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação e Contemporaneidade.
Orientadora: Profa. Dra. Liege Maria Queiroz Sitja

Salvador – Bahia

2020

**MOVIMENTOS DE HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO
PROFISSIONAL EM UM CURSO DE MEDICINA / Luciene Lessa
Andrade.-- Salvador, 2020.
2 fls.**

Orientador(a): Liege Maria Queiroz Sitja.

Coorientador(a): Sandra Regina Soares.

Inclui Referências

Tese (Doutorado) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento
de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação e
Contemporaneidade - PPGEDUC, Campus I. 2020.

1.Humanização na formação em saúde. 2.Formação profissional do
médico. 3.Humanismo .

CDD: 010

Universidade do Estado da Bahia

Sistema de Biblioteca

**Ficha Catalográfica – Produzida pela Biblioteca Edvaldo Machado Boaventura
MOVIMENTOS DE HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO
PROFISSIONAL EM UM CURSO DE MEDICINA**

LUCIENE LESSA ANDRADE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade (PPGEduC), em 27 de outubro de 2020, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), composta pela Banca Examinadora

Profa. Dra. Liege Maria Queiroz Sitja (Orientadora)
(Universidade do Estado da Bahia – UNEB/Brasil)

Profa. Dra. Sandra Regina Soares (Co-orientadora)
(Universidade do Estado da Bahia – UNEB/Brasil)

Profa. Dra. Cristiane Santos Nascimento

(União Metropolitana de Educação e Cultura - UNIME – Bahia/Brasil)

Profa. Dra. Maria da Conceição Alves Ferreira
(Universidade do Estado da Bahia – UNEB/Brasil)

Prof. Dr. Leonardo Rangel dos Reis
(Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS/Brasil)

Aos meus dois pais, a minha mãe, a Junior, Juliana e Isha.
AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, sou grata à minha mãe e mestra Natureza, exemplo maior de paciência, persistência e inteligência.

Sou grata a meus pais, Antônio e Lêda, por serem meus maiores exemplos de desprendimento, simplicidade e solidariedade, enfim, de Humanidade, me nutrindo do mais puro amor durante toda minha vida.

Sou grata ao presente da maternidade de Juliana e Isha e também a Junior pela compreensão, apoio e companheirismo.

Sou grata ao encontro com minhas irmãs Lêu, Lai e Liu, fraternidade natural, fruto do mais puro amor, e a toda a minha família, apoio fraterno e afetuoso sempre. Sou grata ao encontro com minhas amigas-irmãs Carmen, Birgo, Jussi e Paula, pelos choros e risos, representantes de celebração de tantos momentos sagrados. Sou muito grata a Bel, Xan, Alaya e Sat, família que se tornou minha grande família no período da construção desta tese, quando tive que surfar as mais difíceis ondas. Sou muito grata aos amigos do trabalho Júlia, Marion, Nívea, Ronaldo e Sued, cujos sorrisos e encontros diminuíram o peso de ser um coordenador de curso superior. Sou imensamente grata a Sandra e Liege, exemplos de gestão humanizada das relações de trabalho, pesquisa e orientações. A impressionante força de trabalho em tudo que realizam e a exigente confiança me encorajaram a não desistir de pesquisar sobre humanização na formação em saúde. Sou grata a cada integrante do grupo de pesquisa Docência Universitária e Formação de Professores (DUFOP) e aos contemporâneos

orientandos da Professora Liege, grupos que levarei sempre comigo como referência de dedicada produção científica, solidariedade e companheirismo.

Sou grata ao Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade, a Sônia Ribeiro Lima Queiroz, a Aline e ao Sr. Antônio, sempre solícitos, prestativos e solidários.

Sou muito grata a cada canção que escutei e que me impulsionou na construção desta tese.

Por fim, sou grata à gentileza e desprendimento de cada um dos professores, entrevistados.

RESUMO

Esta pesquisa se insere no campo de formação do profissional de saúde e versa sobre movimentos de humanização na formação profissional em um curso de Medicina. A humanização na formação do profissional médico tem sido tema crescente de pesquisas, inclusive pelo humanismo estar preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina. O objetivo geral desta pesquisa foi compreender os sentidos que os professores do componente curricular Humanismo, Epistemologia, Psicologia e Ética Médica do curso de Medicina elaboram para a humanização como fundamento formativo. Para tanto, trouxe três questões de pesquisa: Como os docentes participantes da pesquisa concebem o profissional de medicina humanista? Quais intencionalidades se manifestam na prática pedagógica dos docentes do componente Humanismo, Epistemologia, Psicologia e Ética Médica na formação dos profissionais de medicina? Como percebem o papel do docente e sua colaboração para a formação profissional de médicos humanistas? O referencial teórico desta pesquisa contemplou reflexões sobre a saúde como campo de forças na concepção de Ser Humano na contemporaneidade, sobre o humanismo na formação do profissional médico e valores e atitudes requeridos para a formação médica, com base em autores como Tim Ingold (2019), Hans Jonas (2006), Manen (1998), Byung-Chul Han (2017), Soares, Fornari e Machado (2017), Trillo (2000), Pozo e Crespo (2009) e Rios (2009). Como caminho metodológico, este estudo envolveu uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória, com uma abordagem qualitativa de análise. Para a produção dos dados, foram utilizadas a análise documental e a entrevista semiestruturada, constituída com temas abertos aplicados a sete professores do componente curricular de Humanismo, do curso de Medicina de uma IES privada da cidade de Salvador, Bahia. Através desse estudo, pude considerar que o longo caminho percorrido na formação do profissional médico se faz pela construção de conhecimentos compartilhados nas relações pedagógicas, em que os professores, suas motivações e subjetividades determinam sua potência para mudar valores e atitudes na formação do profissional médico. Os professores sempre podem criar movimentos capazes de envolver e apresentar novas formas de caminhar, sendo importante perceber que as intenções iniciais do estudante de Medicina não sejam sufocadas por uma prática com ênfase na doença. É necessário e possível desenvolver uma formação através de atos pedagógicos que envolvam empatia, respeito e solidariedade. Só é possível construir a humanização da relação médico-paciente começando pela humanização na relação professor-estudante.

Professores compreendem o sentido dos movimentos de humanização e percebem como a inserção do humanismo na formação médica é importante, mas estamos, enquanto área de saúde, apenas no início da inserção do humanismo na formação. A formação representa a esperança de potencializar os anseios de todos quanto à formação de um profissional humanizado e, portanto, quanto à produção de saúde com atenção e gestão humanizadas.

Palavras-chave: Formação profissional. Médico. Humanismo. Humanização na saúde.

ABSTRACT

This research inserts itself in the field of health professional's training and deals with humanization movements in professional training in a medical course. Humanization in the training of medical professionals has been a growing topic of research, including the fact that humanism is recommended in the National Curricular Guidelines for the course of Medicine. The general objective of this research was to understand the senses that teachers of the Humanism, Epistemology, Psychology and Medical Ethics curricular component of the Medicine course elaborate for humanization as a formative foundation. For that, it brought three research questions: How do the professors participating in the research conceive the humanist medical professional well? What intentions are manifested in the pedagogical practice of teachers of the Humanism, Epistemology, Psychology and Medical Ethics component in the training of medical professionals? How do they perceive the role of the teacher and his collaboration for the professional training of humanist doctors? The theoretical framework of this research included reflections on health as a field of strength in the concept of Human Being in contemporary times, on humanism in the training of medical professionals and values and attitudes required for medical training, based on authors such as Tim Ingold (2019), Hans Jonas (2006), Manen (1998), Byung-Chul Han (2017), Soares, Fornari and Machado (2017), Trillo (2000), Pozo and Crespo (2009) and Rios (2009). As a methodological approach, this study involved a descriptive and exploratory type research, with a qualitative analysis approach. For the production of the data, the documentary analysis and the semi-structured interview were used, constituted with open themes applied to seven professors of the Humanism curricular component, of the Medicine course of a private HEI in the city of Salvador, Bahia. Through this study, I was able to consider that the long road traveled in the training of medical professionals is done by building shared knowledge in pedagogical relationships, in which teachers, their motivations and subjectivities determine their power to change values and attitudes in the training of medical professionals. Teachers can always create movements capable of involving and presenting new ways of walking, it is important to realize that the initial intentions of the medical student are not stifled by a practice with an emphasis on disease. It is necessary and possible to develop training through pedagogical acts that involve empathy, respect and solidarity. It is only possible to build the humanization of the doctor-patient relationship starting with the humanization of the teacher-student relationship. Teachers understand the meaning of humanization movements and realize how important the insertion of humanism in medical education is, but we are, as a health area, only at the beginning of the insertion of humanism in training. Training represents the hope of enhancing everyone's concerns regarding the training of a humanized professional and, therefore, regarding the production of health with humanized care and management.

Keywords: Professional training. Doctor. Humanism. Humanization in health.

RESUMEN

Esta investigación se incluye en el campo de la formación del profesional de salud y se ocupa de los movimientos de humanización en la formación profesional en un curso de Medicina. La humanización en la formación de profesionales médicos ha sido un tema de investigación creciente, incluido el hecho de que el humanismo se defiende en las Directrices Curriculares Nacionales para el curso de Medicina. El objetivo general de esta investigación fue comprender los significados que los docentes del componente curricular de Humanismo, Epistemología, Psicología y Ética Médica de la carrera de Medicina elaboran para la humanización como fundamento formativo. Para eso, se plantearon tres cuestiones de investigación: ¿Cómo los profesores que participan en la investigación conciben el profesional de la medicina humanista? ¿Qué intenciones se manifiestan en la práctica pedagógica de los docentes del componente Humanismo, Epistemología, Psicología y Ética Médica en la formación de los profesionales de la medicina? ¿Cómo percibe el papel del docente y su colaboración para la formación profesional de los médicos humanistas? El marco teórico de esta investigación incluyó reflexiones sobre la salud como campo de fuerzas en la formación del Ser Humano en la época contemporánea, sobre el humanismo en la formación del profesional médico y los valores y actitudes requeridos para la formación médica, a partir de autores como Tim. Ingold (2019), Tim Ingold (2019), Hans Jonas (2006), Manen (1998), Byung-Chul Han (2017), Soares, Fornari y Machado (2017), Trillo (2000), Pozo y Crespo (2009) y Rios (2009). Como camino metodológico, este estudio involucró una investigación descriptiva y exploratoria, con un enfoque de análisis cualitativo. Para la producción de los datos se utilizó el análisis documental y la entrevista semiestructurada, constituida con temas abiertos aplicados a siete profesores del componente curricular de Humanismo, de la carrera de Medicina de una IES privada de la ciudad de Salvador, Bahia. A través de este estudio, pude considerar que el largo camino recorrido en la formación de los profesionales médicos se realiza mediante la construcción de conocimientos compartidos en las relaciones pedagógicas, en las que los docentes, sus motivaciones y subjetividades determinan su poder para cambiar valores y actitudes en la formación de profesionales médicos. Los profesores siempre pueden crear movimientos capaces de involucrar y presentar nuevas formas de caminar, es importante darse cuenta de que las intenciones iniciales del estudiante de Medicina no se ven sofocadas por una práctica con énfasis en la enfermedad. Es necesario y posible desarrollar una formación a través de actos pedagógicos que impliquen empatía, respeto y solidaridad. Solo es posible construir la humanización de la relación médico-paciente a partir de la humanización de la relación profesor-alumno. Los profesores comprenden el significado de los movimientos de humanización y se dan cuenta de lo importante que es la inserción del humanismo en la formación médica, pero estamos, como área de salud, solo en el inicio de la inserción del humanismo en la formación. La formación representa la esperanza de potenciar las inquietudes de todos en cuanto a la formación de un profesional humanizado y, por tanto, en cuanto a la producción de salud con cuidado y gestión humanizados.

Palabras clave: Formación profesional. Médico. Humanismo. Humanización en salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Concepção do curso de Medicina da UniFTC 22 **Quadro 1** – Professores entrevistados e formação médica ou não médica 71 **Quadro 2** – Disciplinas do primeiro semestre do curso de Medicina da UniFTC 90 **Quadro 3** – Matriz curricular do curso de Medicina da UniFTC – 1º ao 10º semestre 171 **Quadro 4** – Matriz curricular do curso de Medicina da UniFTC – 11º e 12º semestres 178 **Quadro 5** – Carga horária do curso de Medicina da UniFTC 178

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP Aprendizagem Baseada em Problemas
ACS Agente Comunitário de Saúde
DCN Diretriz Curricular Nacional
DUFOP Docência Universitária e Formação de Professores
ENADE Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
IMC Índice de Massa Corporal
ISEO Instituto Superior de Educação Ocidente
MEC Ministério da Educação
PBL *Problem Learning Basic*
MBF Modelo Biologicista Flexineriano
PNH Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS
PPC Projeto Pedagógico de Curso
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNEB Universidade do Estado da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15 **2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO** 18 2.1 O CENÁRIO DESTA PESQUISA: O CURSO DE MEDICINA DA UNIFTC 18 2.2 MINHA IMPLICAÇÃO NESTE ESTUDO: PERCURSO FORMATIVO... QUEM SOU, DE ONDE VIM 29 **3 BASES TEÓRICAS DA PESQUISA** 39 3.1 CONCEPÇÃO DE HUMANIZAÇÃO: *EPISTEMES* EM TENSIONAMENTO 41 3.2 A SAÚDE COMO CAMPO DE FORÇAS HERMENÊUTICAS NA PERCEPÇÃO DE SER HUMANO NA CONTEMPORANEIDADE 49 3.3 A FORMAÇÃO DO

| | |
|---|-----|
| PROFISSIONAL MÉDICO: RELAÇÕES, SITUAÇÕES, MOMENTOS E ATOS PEDAGÓGICOS | 59 |
| 4 DESCRIÇÃO ANALÍTICA DO CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA | 65 |
| 4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA | 65 |
| 4.2 ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DOS DADOS | 67 |
| 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO | 70 |
| 4.4 TRATAMENTO DOS DADOS | 73 |
| 4.5 CENÁRIO DOCUMENTAL DA PESQUISA: AS DCNs E O COMPONENTE HUMANISMO DO PRIMEIRO AO SEXTO SEMESTRE NO CURSO DE MEDICINA DA UNIFTC | 75 |
| 4.5.1 <i>Componente humanismo e a dinâmica da metodologia PBL na UNIFTC</i> | 89 |
| 5 MOVIMENTOS DE HUMANIZAÇÃO NOS PROCESSOS FORMATIVOS DO PROFISSIONAL MÉDICO | 94 |
| 5.1 CONCEPÇÕES DO PROFISSIONAL HUMANISTA | 95 |
| 5.2 CONCEPÇÕES DOCENTES ACERCA DOS ATOS PEDAGÓGICOS: RELAÇÃO COM A FORMAÇÃO HUMANISTA DO FUTURO MÉDICO | 106 |
| 5.3 O PAPEL DO PROFESSOR DO COMPONENTE HUMANISMO NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS HUMANISTAS | 127 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 148 |
| REFERÊNCIAS | 155 |
| Apêndice A – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido | 163 |
| Apêndice B – Guia de Entrevista | 165 |
| Apêndice C – Situações Dilemáticas | 168 |
| Anexo A – Matriz Curricular do Curso de Medicina da UniFTC | 171 |

1 INTRODUÇÃO

Problematizar movimentos e processos de humanização na contemporaneidade traz desafios homéricos, em diferentes campos, que não podemos ignorar sob pena de estarmos indo em direção oposta à da manutenção da vida. O cenário atual é complexo porque nunca vivemos em tempos em que temos simultaneamente tanto excessos e faltas. Excesso de tecnologia, que permite a produção de um volume enorme de alimentos, mas há pessoas que continuam morrendo de inanição. Excesso de riquezas nas mãos de poucos enquanto a grande maioria da população do planeta tem falta de recursos básicos para a manutenção de uma vida digna. Excesso de espaço urbano e industrial e cada vez menos espaços de preservação da natureza e das formas de ser dos povos originários. Excesso de produção de conhecimentos que, não raras vezes, são pouco aplicados para resolver problemas concretos e urgentes da sociedade no

plano da vida real!

O contexto de produção desta tese está marcado por uma epidemia global da Covid-19 que impactou profundamente a vida que era considerada “normal” e expôs as dimensões excludentes desta antiga normalidade! Normalidade que provoca exclusão, sofrimento, individualismo, segregação, poluição, desmatamento, conflitos armados, seja na forma de guerrilha urbana, seja de conflitos bélicos! A humanidade está sendo forçada a repensar sua forma de estar no planeta! Estamos no fio da navalha! De repente, fomos obrigados a desacelerar! Pessoas super ocupadas em seus escritórios, que achavam que não podiam sequer tirar férias, foram obrigadas a ficar em casa, fomos forçados a mudar nossos hábitos de consumo e de lazer. Diante desse quadro, uma das

interpretações mais fáceis é considerar o vírus um “inimigo” pontual, que basta combater com o conhecimento químico da vacina. Embora seja importante a vacina, ela trata de uma questão pontual, mas os problemas que atingem a humanidade são estruturais! Precisamos rever nossas crenças cognitivistas e racionalistas de que conhecimentos técnicos e despolitizados darão conta das demandas da humanidade. Não basta termos mais conhecimento técnico, mais do mesmo! Precisamos investir em outros tipos de conhecimento! Conhecimentos emergentes de fontes comprometidas com a vida comum

16

e com a natureza, geradoras de novas sensibilidades que nos possibilitem criar outras formas de convivência conosco e com a natureza!

Dentre os profissionais na linha de frente de enfrentamento do coronavírus, estão os médicos. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), as mortes de médicos brasileiros, até a presente data, já passam de cem. Trata-se de um momento histórico em que a indagação sobre processos de humanização, principalmente dos profissionais da saúde, se torna crucial! Aos processos de reprodução das linhas de força hegemônicas há movimentos contra-hegemônicos “menores”, forjados no cotidiano, ligados pelo anticonformismo aos valores capitalistas dominantes. Para mudar o mundo, precisamos urgentemente mudar a nós mesmos! Pensar em como nos tornamos humanos e que tipo de humanidade somos hoje e seremos no futuro que

estamos construindo hoje!

Esta tese versa sobre movimentos de humanização na formação profissional em um curso de Medicina. Os movimentos de humanização foram compreendidos a partir do pensamento de autores como Tin Ingold (2019), Hans Jonas (2006), Manen (1998), Byung-Chul Han (2017), Soares, Fornari e Machado (2017), Trillo (2000), Pozo e Crespo (2009), Rios (2009), dentre outros. A partir das concepções desses estudiosos, busquei compreender as percepções que embasam as práticas pedagógicas dos Professores de um componente curricular do curso de Medicina de uma instituição de ensino superior na capital baiana.

Parto do pressuposto de que a intencionalidade, nos componentes curriculares pesquisados no curso de Medicina, está envolvida com o objetivo de formar profissionais humanistas, e, numa análise fenomenológica, a intencionalidade não tem a ver com a intenção, mas sim como esse mundo pedagógico se manifesta a partir dos atos intencionais.

Dividida em seis capítulos, a tese se desenvolve segundo a estrutura a seguir. O capítulo 1 é esta Introdução. No capítulo 2, abordo a contextualização do estudo descrevendo o meu percurso formativo, evidenciando as motivações que justificaram esta investigação, bem como a minha implicação como pesquisadora com o objeto de estudo. Apresento também o cenário da investigação com os objetivos e questões que guiaram a pesquisa. Trago as bases teóricas da pesquisa no capítulo 3, problematizando

17

os conceitos de humanização e explicitando concepções de humanização: epistemes em tensionamento, integrando forças como afeto, apoio, respeito e solidariedade. Está contemplada nesse capítulo a saúde como campo de forças hermenêuticas na contemporaneidade. No capítulo 4, apresento o caminho metodológico percorrido, com as estratégias de construção dos dados através da análise documental e entrevista semiestruturada, bem como a metodologia de análise de conteúdo. O capítulo 5 é o espaço de explicitação das análises dos dados produzidos envolvendo a percepção dos professores, acessadas através das falas, evidenciando as relações de suas práticas docentes com os movimentos de humanização no cotidiano da graduação em Medicina.

O último capítulo apresenta considerações provisórias do estudo nas quais refletimos sobre as possibilidades das ações docentes como lugares de produção de novos sentidos de humanização.

Esta tese foi apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação e Contemporaneidade – PPGEDUC da Universidade do Estado da Bahia – UNEB.

18

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Neste capítulo, trago a descrição analítica do que encontrei no campo, descrevo o caminho que me trouxe ao tema da humanização na formação e minha implicação com esse tema.

2.1 O CENÁRIO DESTA PESQUISA: O CURSO DE MEDICINA DA UNIFTC

Os professores eficazes não nascem, se fazem depois de uma enorme quantidade de trabalho duro e dedicação. (AUTOR DESCONHECIDO).

Em minha experiência como coordenadora de um curso da área de saúde, recebi diversas comissões de avaliação, abertura, reconhecimento e renovação de reconhecimento do curso, e da Instituição de Ensino Superior Faculdade de Tecnologia e Ciências, hoje um Centro Universitário – UniFTC. Formei a equipe de trabalho com profissionais de saúde de diversas subáreas, comprometidos com uma formação coerente com as competências técnico-científicas, associadas às competências relacionais, para uma formação humanizada. Para avaliar, é preciso sempre considerar o que está previsto nas legislações que regem e direcionam o funcionamento de um curso universitário, bem como, na área de saúde, o que está preconizado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Considerando meu interesse de compreender o fenômeno da humanização no processo de formação profissional e o fato de que a preocupação com essa temática é fundamental no curso de Medicina, se faz necessário situar as orientações das Diretrizes Curriculares do Curso, concernentes à humanização, na atualidade, bem como o Projeto pedagógico do curso de Medicina que será o *locus* deste estudo.

No Brasil, a formação humanística do estudante de Medicina é determinada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação (BRASIL, 2014). Estas diretrizes preconizam desenvolver habilidades de comunicação, valores éticos e atitudes de sensibilidade e compreensão com o sofrimento alheio, pois se sabe que, na Medicina, relações sem o legítimo interesse e preocupação com o outro comprometem a qualidade da própria realização técnica do ato médico. Para isto, no artigo 29, que trata da estrutura

19

do Curso de Graduação, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) preconizam “Incluir dimensões ética e humanísticas, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos” (BRASIL, 2014, p. 12); e nos conteúdos curriculares as diretrizes preveem contemplar a

[...] compreensão e domínio da propedêutica médica: capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado. (BRASIL, 2014, p. 10).

Os artigos 3 e 6 das DCNs ressaltam a importância de o humanismo estar relacionado à formação do profissional Médico:

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014, p. 1, grifo nosso).

[...]

Art. 6º Na Gestão em Saúde, a Graduação em Medicina visa à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões:

- Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde. (BRASIL, 2014, p. 3, grifo nosso).

Há na Medicina uma fragmentação do corpo humano, consequência também da

evolução tecnológica no campo médico que contribuiu para um cenário de hiper especialização médica brasileira. O ser humano é visto, na Medicina contemporânea e, portanto, pelos cursos de Medicina, como um ser composto de várias engrenagens que se complementam e que precisam ser tratadas em separado do todo (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015). Isso pode ser observado no fato de que, atualmente, está em 53 o número de especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), entre elas pediatria, geriatria, homeopatia, psiquiatria, neurologia, neurocirurgia,

20

nutrologia, urologia, infectologia, cirurgia de mão, cirurgia de cabeça e pescoço etc. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

A fim de viabilizar as determinações das DCNs vigentes para a formação do profissional Médico (BRASIL, 2014), várias escolas médicas inseriram componentes curriculares de humanidades médicas em seus currículos, assegurados e orientados pelos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs).

As DCNs vigentes orientam para o desenvolvimento de competências centradas no estudante, capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para estes problemas, de forma a adquirir cada vez mais autonomia, o que é bastante questionável num currículo com metodologia tradicional de ensino. Quanto a este aspecto, há uma tendência nas Universidades e Faculdades de Medicina à utilização de metodologia de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), originada do inglês Problem-based Learning (PBL). Esta metodologia tem se destacado entre as principais alternativas pedagógicas propostas para atender às necessidades de uma nova formação para o profissional médico e é utilizada na Faculdade de Tecnologia e Ciências (UniFTC).

A ABP caracteriza-se pelo aprendizado contextualizado e pela integração de conhecimentos. Ela parte da análise e interpretação de casos e situações, que constituem problemas considerados relevantes e significativos na prática profissional médica, para o estudo e aprendizagem dos conhecimentos necessários ao seu entendimento e solução (CENTRO UNIVERSITÁRIO FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS, 2016). Sem as aulas convencionais, o método prioriza o “aprender a aprender”. Das chamadas sessões (ou dinâmicas) tutoriais, que caracterizam o ABP,

participam um pequeno grupo de alunos e o professor-tutor. Um problema é apresentado, identificado e discutido e, a partir daí, são estabelecidos os objetivos de aprendizado.

A ABP foi adotada pela primeira vez, no ensino de Medicina, no final dos anos 1960, pela Universidade de MacMaster, no Canadá. A partir do pioneirismo do curso canadense, o método se expandiu para muitas escolas de Medicina em todo o mundo e, também, em diferentes áreas do conhecimento. Um marco significativo de influência do ABP em outras instituições de prestígio ocorreu em 1984, quando a Escola de Medicina

21

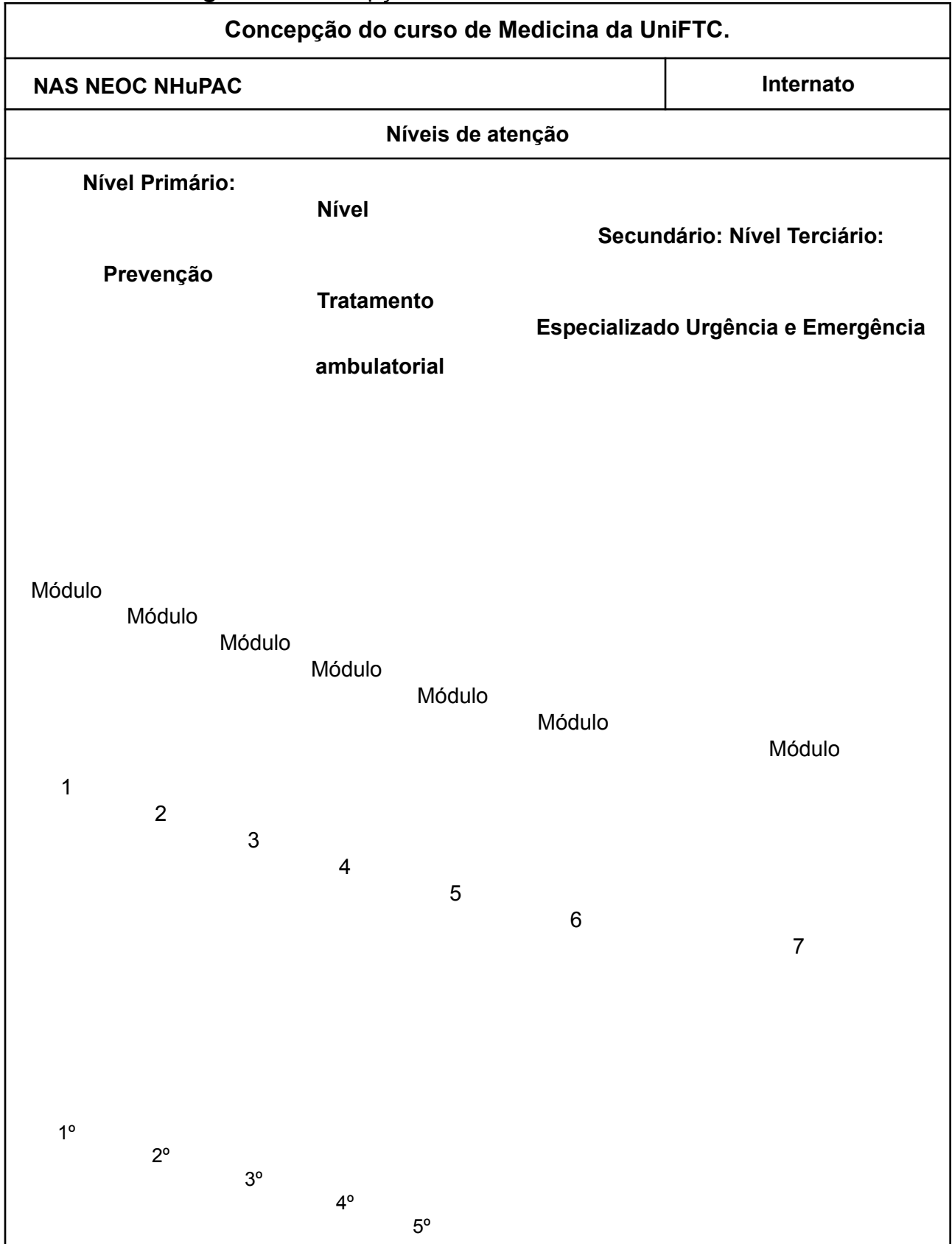
de Harvard aderiu à proposta curricular pelo método ABP em paralelo ao currículo tradicional.

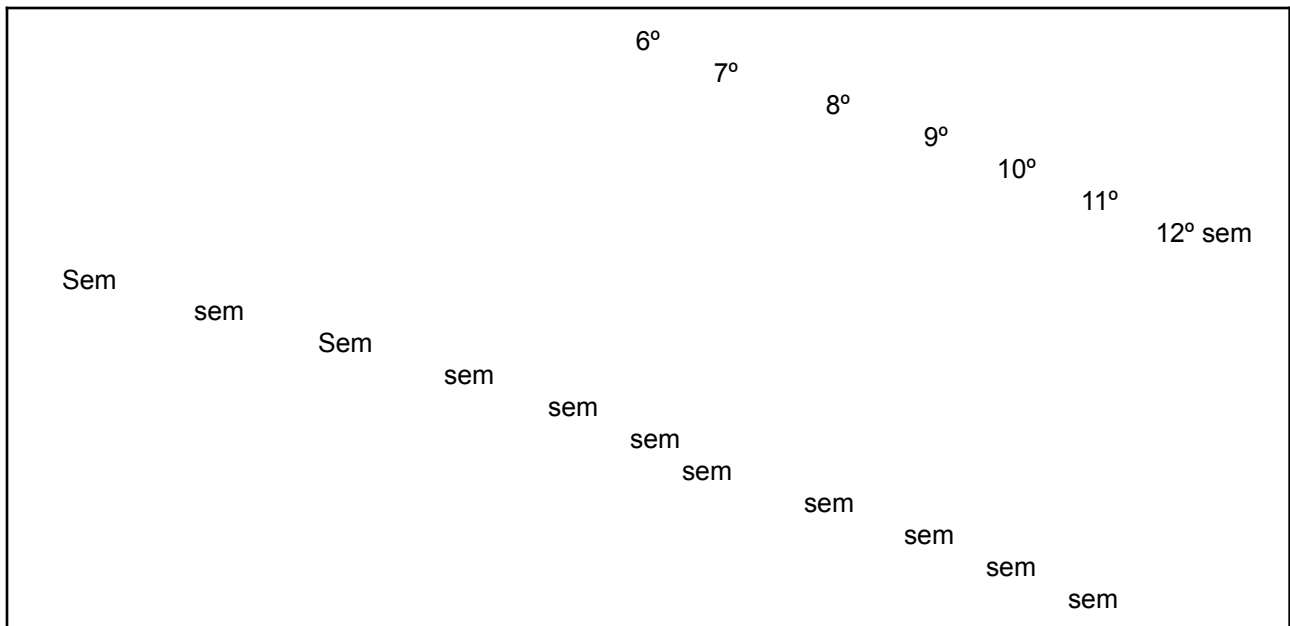
Nesse sentido, o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UniFTC descreve a intenção de uma formação humanista, capaz de alicerçar práticas profissionais calcadas em valores que considerem o ser humano para além da sua dimensão orgânica (CENTRO UNIVERSITÁRIO FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS, 2016). Para tanto, o curso possui uma estrutura curricular dividida em três núcleos, que são os eixos centrais do curso: o Núcleo Assistencial (NAS), o Núcleo de Estudo Orientado de Casos (NEOC) e o Núcleo de Humanidades, Produção e Análise de Conhecimento (NHuPAC), além dos estágios, que são oferecidos nos últimos semestres do internato. Portanto, o humanismo ocupa lugar central na proposta de formação do médico.

Os núcleos e o internato se subdividem em níveis de atenção à saúde: nível primário – prevenção; nível secundário – tratamento especializado; e nível terciário – cirurgia e reabilitação, estudados nos estágios supervisionados – internatos. Os níveis de atenção são subdivididos em módulos, desenvolvidos em semestres específicos, assim organizados: nível primário – módulos 1, 2 e 3, englobando do primeiro ao terceiro semestre; atenção secundária – módulos 4 e 5, englobando o quarto e quinto semestres; e outros três níveis de atenção específicos – módulos 6 e 7, englobando do sétimo ao décimo segundo semestre (Figura 1).

22

Figura 1 – Concepção do curso de Medicina da UniFTC.





Fonte: Elaborada pela autora desta tese a partir do PPC do curso de Medicina da UniFTC.

Durante os quatro anos iniciais da formação em Medicina, os estudantes cursam, concomitantemente, componentes dos três eixos: NEOC, NAS e NHuPAC. Nos componentes curriculares do NEOC, os casos clínicos são trabalhados semanalmente nas sessões tutoriais, dirigidos aos estudantes sob a supervisão dos professores; nos componentes do NAS, os estudantes realizam a prática assistencial em clínicas e hospitais diversos, buscando estabelecer a relação entre teoria e prática.

23

As questões ligadas à humanização e ética médica são trabalhadas no NHuPAC. O NHuPAC contempla, no primeiro e segundo semestres, os mesmos componentes, quais sejam: Pesquisa Científica; Integração do Conhecimento – Síntese e Consolidação de Habilidades e Conhecimento; e o componente Humanismo, Epistemologia, Psicologia e Ética Médica. No primeiro semestre, a abordagem é teórica e no segundo se introduz a análise do humanismo na prática médica, bem como a interdependência dos processos mente-corpo, que darão suporte ao desenvolvimento de atitudes e valores para uma atuação responsável da Medicina.

No terceiro semestre, os componentes curriculares do NHuPAC discutem as tensões do curso médico, a saúde de médicos e estudantes de Medicina, demonstrando

a preocupação de cuidar de quem cuida. Os componentes deste núcleo, no terceiro semestre, são: Humanismo, Epistemologia, Psicologia e Ética Médica; Integração do Conhecimento – Análise de Situação de Saúde; Integração do Conhecimento – Neurociências; Integração do Conhecimento – Síntese e Consolidação de Habilidades e Conhecimento; Pesquisa Científica.

No quarto semestre, os componentes curriculares do NHuPAC abordam temas como: direitos humanos, o Humanismo na Medicina e no Humaniza SUS. Esses temas são importantes, pois trazem os pilares do Sistema de Saúde: Universalidade, Integralidade e Equidade, cuja operacionalização depende do desenvolvimento de valores e atitudes coerentes. Nesse semestre, os componentes ligados a esse núcleo são: Pesquisa Científica; Epidemiologia; Integração do Conhecimento – Síntese e Consolidação de Habilidades e Conhecimento; e Humanismo, Epistemologia, Psicologia e Ética Médica.

O quinto semestre traz temas como Saúde e questões éticas de indígenas e afrodescendentes, Saúde do trabalhador e Religiosidade no contexto de saúde e doença, que, certamente, podem ser trazidos para muitas discussões para todos os componentes. Os componentes curriculares do NHuPAC do quinto semestre são: Pesquisa Científica; Epidemiologia; Integração do Conhecimento – Síntese e Consolidação de Habilidades; e Conhecimento e Humanismo, Epistemologia, Psicologia e Ética Médica.

O sexto semestre contempla sete componentes do núcleo de Humanismo: Humanismo, Epistemologia, Psicologia e Ética Médica; Pesquisa Científica; Integração

24

do Conhecimento – Síntese e Consolidação de Habilidades e Conhecimento; Integração do Conhecimento – Exames Complementares; Integração do Conhecimento – Neurociências; Integração do Conhecimento – Fisiologia; Integração do Conhecimento – Anatomia. Aqui os componentes são mais específicos de áreas do conhecimento da saúde como Anatomia, Fisiologia, exames complementares. Muito interessante a proposta para esse sexto semestre, por trazer temas como: cuidados paliativos; o processo de morrer; e espiritualidade em saúde. Esses temas podem ser ligados a muitas questões da prática profissional, capazes de estimular o desenvolvimento de

valores e atitudes na formação adequada do profissional médico.

No sétimo semestre, os componentes curriculares do NHuPAC são: Pesquisa Científica; Trabalho de Conclusão de Curso; Exames Complementares; Deontologia, Diceologia e Ética Médica. Nesse núcleo, se estuda as legislações para a prática médica e questões da ética médica. Nesse espaço, se desenvolve o projeto do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sob os princípios do Humanismo.

No oitavo e último semestre, o NHuPAC oferece os seguintes componentes curriculares: Trabalho de Conclusão de Curso; Medicina Legal; Profissão Médica: Gestão e Empreendedorismo; Medicina do Trabalho. Sendo o último semestre antes do internato, os assuntos são voltados ao mercado de trabalho e gerenciamento da carreira profissional, e os estudantes apresentam o TCC.

Os níveis de atenção à saúde, descritos anteriormente, trabalhados ao longo dos doze semestres do curso de Medicina, seguem a estrutura proposta pelo nosso Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, desde quando foi instituído como política, na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), trouxe a consolidação de demandas sociais fruto de muitas lutas travadas por diversas organizações e pelos movimentos sociais. O SUS é fruto de muitas conquistas sociais pela democratização do acesso à saúde como um direito do povo e dever do Estado.

O SUS chegou trazendo como princípios éticos a Universalidade, a Equidade e a Integralidade e, como princípios organizativos, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social (BRASIL, 1988). Assim, ele enseja uma verdadeira revolução dada à história da saúde pública brasileira.

25

O princípio ético de **Universalidade** é um grande desafio, porque busca garantir atendimento a todos os cidadãos brasileiros, sem diferenciações, em todos os confins desse nosso país de dimensões continentais. Da mesma forma, essa revolução trouxe a garantia da busca de **Equidade** na produção de saúde, institucionalizando que os cidadãos sejam tratados de acordo com suas necessidades, com observação às diferenças quanto à alocação dos recursos onde as carências são desiguais, buscando uma redistribuição; esse princípio ratifica a Universalidade. Com o princípio da **Integralidade**, o SUS trouxe o sentido de enxergar o ser humano como ele é – um ser

que integra múltiplas dimensões, não estando, assim, restrito ao estado fisiopatológico específico, quando busca atendimento de saúde.

Esse nosso Sistema de Saúde, com tais características, foi fruto de muita luta, em que a sociedade organizada reivindicou, sofreu muitas pressões e se posicionou gerando forte interferência no poder público. E, como está descrito nos princípios organizativos – descentralização, regionalização, hierarquização e participação social –, nada está garantido, desde que a participação social continue ativa e atuante, acompanhando e reivindicando o que foi aprovado. Então, por que esses princípios estão lá escritos?

A implantação do SUS idealizado e textualmente instituído ainda está por ser construído, aceito, apoiado e consensado, tanto por parte da população, que muitas vezes não compreende o seu compromisso em continuar reivindicando de forma cada vez mais organizada e fortalecida, quanto por parte do poder público, que ainda não acertou um modelo de gestão para que os recursos cheguem aos lugares devidos, nos tempos assertivos, sem desconsiderar os desvios de recursos e os desperdícios.

Portanto, importa entender por que é tão desafiador e, muitas vezes, pareça impossível que a população se organize, bem como que os recursos cheguem aos devidos fins. Assim, temos então um duplo desafio: princípios muito desafiadores e uma população com uma organização que ainda deixa rarefeita sua força, o que dificulta ainda mais a efetividade no cumprimento dos deveres do Estado.

Refletindo acerca da complexidade da saúde pública brasileira, poderia questionar sobre o que dificulta a implantação dos princípios éticos e organizativos do SUS, como aprovado na Constituição Federal; sobre o que dificulta o encontro das propostas textualmente aprovadas, com o fazer cotidiano dos hospitais, clínicas, unidades de pronto

26

atendimento (UPAS) e demais espaços de produção de saúde; por quais motivos ainda não conseguimos garantir amplo acesso da população a atendimentos e uso de tecnologias já disponíveis? Quais os motivos desta relação de amor e ódio quanto a este Sistema Público de Saúde? Quais os motivos de tanta resistência à implementação de bases éticas e de valores que todos consideram tão significativos? Encontramos algumas das respostas analisando de onde partiu o SUS como conhecemos hoje.

O sistema de saúde brasileiro surgiu de segmentos mais progressistas da sociedade, comprometidos com as classes que têm menos acesso aos bens de consumo, saúde, segurança e lazer; foi inspirado em uma visão mais socializante, que confrontou com a lógica de uma Medicina da doença, buscando uma Medicina da saúde, da ética e do respeito à qualidade da vida humana. Temos, porém, desafios de diversas ordens quanto à sua implantação. Uma produção de saúde baseada nos princípios de integralidade, universalidade e equidade só é possível com uma atuação profissional mais humanizada. Aqui estamos falando de profissionais que interajam nas equipes multidisciplinares com valores como respeito, solidariedade e ética, dirigidos a uma produção de saúde mais humanizada. Onde esses valores são aprendidos e quem se responsabiliza por lembrá-los durante a formação do profissional médico?

Apesar do reconhecimento da sua importância, o ensino de humanismo no curso de graduação em Medicina encontra resistências de alunos e professores (PEREIRA, 2008; STEMPEY, 1999). Essa resistência talvez esteja ligada à cisão entre ciência e humanismo, fortemente marcada desde o século XIX (PEREIRA, 2008), e que, além disso, encontra reforços na estrutura pedagógica do ensino de humanidades, na vida institucional da escola médica e na cultura contemporânea (RIOS, 2010). O ensino do humanismo médico necessariamente remete a valores e atitudes que precisam ser desenvolvidos durante a graduação. Whight e Carrese (2001) comentam que pouco se sabe acerca dos valores que os médicos tentam transmitir aos estudantes residentes durante as atividades de supervisão. Esses autores ressaltam a importância de pesquisas nessa área, dada a importância do desenvolvimento de valores para o cumprimento do ato médico.

Essa contextualização evidencia quanto o presente objeto de investigação esteve e está presente em minha trajetória profissional e acadêmica, pois todas as experiências

27

com a temática da formação em saúde foram de suma importância e contribuíram efetivamente para a minha implicação com a investigação atual. Tais vivências não só me tornaram uma pesquisadora ávida por mais respostas e conhecimentos na área como proporcionaram e ainda proporcionam o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Na contemporaneidade, a formação profissional se organiza em disputa entre duas lógicas, que não são absolutas nem excludentes. Uma delas tende para a perspectiva de profissionalização mais técnica e instrumental, e a outra com forças que iniciam um movimento de valorização da humanização como perspectiva para a produção da saúde.

A formação do profissional de saúde em nível superior não pode prescindir da aquisição de competências e habilidades técnicas e procedimentais, mas também da construção de uma percepção de pessoa e de saúde que perpassa o currículo formal e informal, portanto, a formação possui dimensões ontológicas, epistemológicas e metodológicas. A questão fundamental é que a perspectiva tecnocrática e mecanicista desconsidera a dimensão ontológica e centra sua visão de homem na perspectiva epistemológica e metodológica. Um currículo alinhado com essa dimensão não prepara para assumir o cuidar do outro em uma perspectiva humanista. Na contemporaneidade, essa formação deve estar envolvida pelos princípios fundantes do Sistema Único de Saúde, do qual a humanização é parte integrante e fundamental. Os princípios estarão em todas as instâncias, tanto nas normas específicas das diretrizes curriculares nacionais que regem cada profissão específica, como nas normas dos conselhos de classe que acompanham o exercício profissional.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos movimentos de Reforma Sanitária, impele questionamentos à formação tradicional e reforça a necessidade de um modelo formativo que priorize uma formação generalista, humanista e crítico-reflexiva; o novo modelo de saúde demanda um profissional que atente não apenas para as dimensões técnicas do trabalho, mas também para as dimensões políticas e éticas implicadas na prática profissional.

Meu olhar central nesta pesquisa foi voltado à relação entre Educação e Humanização, este que é um dos principais temas da Filosofia Clássica. Platão expressa a ideia de que a manutenção da República depende da construção de cidadãos éticos. A ética em Platão é de caráter ontológico. O Ser do homem precisa ser ético, ou seja, ele

precisa amar os seus valores e, dessa forma, viver de acordo com eles por uma força

vital. Os valores precisam ter raízes ontológicas.

Os princípios basilares da humanização na formação partem das políticas públicas de saúde e se expressam nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de cada curso de formação da área de Saúde, como dito anteriormente. Tais diretrizes demandam dos cursos/currículos uma visão bastante alargada em relação à formação do sujeito e cidadão, envolvendo atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação e liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Essas diretrizes propõem que os profissionais de saúde, além de conhecimentos específicos e gerais, possuam habilidades e competências resultantes de uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, que lhes permitam atuar nos níveis de atenção, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, tanto no âmbito individual quanto coletivo, pautando-se em princípios éticos e bioéticos.

No Brasil, desde 2001, a formação humanística do estudante de Medicina está determinada pelas Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação (BRASIL, 2014). Em 2014, foram lançadas as novas DCNs para o curso de Medicina (BRASIL, 2014). Esse novo texto, para muitos pesquisadores, representa avanços em vários aspectos capazes de impactar positivamente na formação do médico em médio e longo prazos, tais como: ênfase na atenção básica, voltada para a Medicina de Família e Comunidade; inserção dos eixos Urgências e Emergências e Saúde Mental no internato; estímulo à inserção precoce do aluno nos cenários de prática; adoção de ações interdisciplinares; trabalho em redes de atenção à saúde; foco na gestão do cuidado; incorporação de tecnologias de informação e formação; ampliação das vagas para residência; conhecimentos acerca de direitos humanos, educação ambiental, ensino de Libras, educação das relações étnico-raciais (BRASIL, 2014).

Análises realizadas por pesquisadores e trabalhadores da saúde revelam fragilidade nos direcionamentos para o trabalho colaborativo nas ações multiprofissionais (VIEIRA et al., 2018); fragilidades também são percebidas quanto à saúde do próprio discente, que era citada no artigo 5º (item XVIII) da resolução de 2001, mas deixou de ser abordada no novo documento de 2014 (MEIRELES, 2016).

A partir de 2001, várias universidades apresentam componentes curriculares de

humanidades médicas em seus currículos. Os professores do curso de Medicina, professores entrevistados nesta pesquisa, têm conhecimentos e percepções distintas sobre as alterações das novas DCNs.

Os professores, quando expressam desconhecimento de base epistemológica do sentido e, portanto, da importância das DCNs do curso de Medicina, denotam algo preocupante, visto que as diretrizes nacionais de um curso superior trazem, de forma panorâmica, os princípios, as hipóteses e os resultados esperados, inclusive que os identificam com todos os demais cursos daquela natureza.

Isso posto, o problema desta pesquisa envolve o questionamento, a indagação, o tensionamento acerca da formação médica para além da dimensão técnico procedimental; e a importância do profissional médico ser formado para uma prática humanizadora, o que na contemporaneidade não acontece.

2.2 MINHA IMPLICAÇÃO NESTE ESTUDO: PERCURSO FORMATIVO... QUEM SOU, DE ONDE VIM

Experimental requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (LARROSA BONDÍA, 2002, p. 24).

Dentre as muitas experiências que me convocaram para esta pesquisa de doutorado, o fato de fazer parte de uma família com muitas educadoras foi profundamente marcante. Sou filha de mãe professora e a segunda de quatro irmãs, todas também professoras. Passei a infância num ambiente onde se respirava educação, em razão da atividade profissional de minha mãe, que foi diretora da Escola Ademar Vieira, em Jequié, cidade do interior da Bahia, durante 14 anos. Ao me levar para seu trabalho, no turno oposto ao da escola que eu frequentava, pois não tinha com quem me deixar, minha mãe me proporcionou uma profusão de experiências da cultura escolar. Na Escola Ademar Vieira, eu fazia as tarefas e interagia com a comunidade, principalmente nos intervalos,

e me chamava muita atenção as relações afetivas entre professoras e alunos. As professoras conquistavam a atenção dos estudantes abraçando-os para que retornassem às classes no final dos intervalos, já que a escola não tinha muros. Achava esta forma de interação amigável e carinhosa muito interessante e queria, um dia, ser como aquelas professoras. Freire (2002), na sua *Pedagogia da Autonomia*, chama atenção para o fato de que a pedagogia precisa estar permeada pela afetividade nas suas dimensões de empatia, cuidado, amorosidade, interesse, amizade, proteção e vínculo.

A essência da experiência pedagógica é o cuidado! É a promoção do ser nas diversas dimensões – ética, cognitiva e estética –, que reverbera na experiência com o educando, no processo educativo, na promoção do potencial humano, do potencial crítico, político e criativo existencial do educando. “A ética e a estética são a vivência mesma dessa afetividade nos caminhos da ação pedagógica” (VECCHIA, 2005, p. 3).

Concordo com o professor Antônio Nóvoa (2017, p. 1121) quando diz: “Tornar-se professor é transformar uma predisposição numa disposição pessoal. É preciso de espaços e de tempos que permitam um trabalho de autoconhecimento, de autoconstrução.” E complementa que “Nas profissões do humano, há uma ligação forte entre as dimensões pessoais e as dimensões profissionais. No caso da docência, entre aquilo que somos e a maneira como ensinamos.” (NÓVOA, 2017, p. 1121). Essa aprendizagem vai além da sala de aula e envolve as atividades de gestão, algo que também percebi observando minha mãe como gestora escolar.

Assim, cresci sendo impactada pelas marcas da profissionalidade docente produzidas na subjetividade de minha mãe, alguém que escolheu trilhar o caminho da vida pessoal como diretora da Escola Ademar Vieira. Ela, intuitivamente, conduzia o grupo de professores com muito respeito, dedicação, fibra, afetividade e “sem brigar”. Aprendi, desde daquela época, pelo exemplo, que “não se ganha ninguém pelo grito”. Compreendi que existe um entrelaçamento entre afeto e formação que compunha as experiências de gestão na educação, naquele pequeno ambiente, parte integrante do meu universo de formação. Só mais tarde entrei em contato com as leituras sobre a importância da afetividade como uma das competências socioemocionais que a escola necessita desenvolver. Isto implica que os professores precisam possuir competências

socioemocionais e afetivas, visto que a docência é um processo complexo, eminentemente relacional, pressupõe negociação contínua de expectativas, interesses necessidades e valores entre os atores envolvidos, além de exigir posturas éticas (ANASTASIOU, 2002; SOARES et al., 2014).

Quanto à minha formação universitária, no ano de 1995, iniciei o curso de Biologia na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Eis que todas as memórias e sentimentos aprendidos observando minha mãe como professora e gestora foram revisitados, mas agora com perplexidade, pela falta de cuidado com que a universidade tratava os estudantes ingressantes, os “calouros”. Lembro-me que tínhamos aulas das 8 às 10h em uma disciplina no bairro de Ondina, em seguida, aula de outra disciplina no bairro do Canela, das 10 às 12h, e não havia tempo previsto para o descolamento. Quase sempre argumentávamos com os professores da impossibilidade de ficar até o final da primeira aula, para assim assegurar, minimamente, a chegada em tempo no início da segunda aula. Friamente, os professores nos respondiam que teríamos que “escolher” em qual delas teríamos faltas semana a semana.

Corroborando com essa recepção inicial do curso, os veteranos nos diziam “no início é assim, vá se acostumando, só melhora quando todas as aulas forem no Instituto de Biologia”. Hoje, entendo como é importante e necessária a sensibilidade do professor em relação às dificuldades dos estudantes, e a postura de ajuda na busca de caminhos para resolver suas questões acadêmicas, principalmente no início do curso, quando ainda estão em adaptação a novas realidades. Isto, porém, só é possível com o diálogo entre os professores das diversas disciplinas de um mesmo semestre, num trabalho coletivo e integrado.

Os semestres seguiam, e conhecer tantos conhecimentos da Biologia, células e tecidos, cromossomos e genomas, animais estudados isoladamente ou vivendo em seus habitats naturais, eram possibilidades de atuação que me encantavam. Todavia, comecei a perceber que o que me movia em relação às disciplinas era mais a admiração pelos

professores do Instituto de Biologia da Universidade Federal da Bahia (IBio–UFBA) do que os conteúdos específicos da Biologia. Uns eram mais atenciosos e afetuosos que

outros, e nos convocavam, por vezes inesperadamente, para participar de projetos diversos. Lembro-me que, apesar de estarmos cursando o bacharelado, uma professora

32

muito especial para minha formação, a Profa. Vera Peixinho, me convidou para participar de uma pesquisa que estava realizando numa escola de Ensino Médio. Tivemos que ler textos de Paulo Freire, principalmente *Pedagogia da Autonomia* (FREIRE, 2002). Nas reuniões de estudo para esta atividade, entrei em contato pela primeira vez com terminologias como “sujeitos da história”, em contraposição a ser objeto da história, “ética pedagógica” (FREIRE, 1987), em contraposição a uma pedagogia sem preocupação com a ética e com a generosidade.

Essa experiência me fez refletir acerca das perspectivas profissionais como estudante de Biologia; neste período, eu tinha muita resistência em cursar disciplinas da licenciatura em Biologia, curso que, para nossa turma de Biologia, era sinônimo de memorização e sujeição ao ensino meramente tradicional, o que se confirmaria mais tarde.

Minha graduação em ciências biológicas seguiu com uma intensa e diversificada formação nas disciplinas de Zoologia e de Botânica. Elas foram muito contributivas, sobretudo para minha formação como pesquisadora. Na metade da formação, cursei uma disciplina que foi um divisor de águas em meu percurso formativo: a disciplina “Evolução do Pensamento Científico”, ministrada pelo professor Felipe Serpa, da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (FACED/UFBA), e pela professora Jacy Lins (IBio), que, além de colaboradora, trazia para todas as aulas sorrisos e um jeito muito especial de lidar com os alunos. Nessa disciplina, havia uma convidativa intencionalidade, e as ações dos professores que convergiam para nos provocar a pensar “fora da caixa” sobre os paradigmas que embasavam nossas atitudes como seres humanos diante da história do pensamento analítico e da evolução da pesquisa científica mundial.

O Professor Felipe Serpa pensava e evidenciava que a Universidade tinha uma vocação libertadora e libertária, tal como diria Paulo Freire. Com a sala cheia de estudantes curiosos e questionadores, aos poucos, fomos apresentados e iniciados no saber pensar com autores como Fritjof Capra, Humberto Maturana, Felix Guatarri, entre

outros. Foram leituras, reflexões e terminologias que eu só entenderia melhor no mestrado em Educação. Muito das experiências nessa disciplina entendi também mais tarde, em contato com o livro *Os professores e a sua formação*, do professor Antônio

33

Nóvoa (1992), um livro marcante que produziu uma virada epistemológica no campo de formação de professores. Nesse livro, o professor Antônio Nóvoa (1992) nos convidava a pensar o modo como nos colocamos diante de nós mesmos, diante dos outros e

diante do mundo em que vivemos, e o modo como agimos em relação a tudo isso. Assim, segui caminhando, com esse que seria exatamente o caminho convidativo da forma como foi conduzida a disciplina “Evolução do Pensamento Científico”. Após cursar essa disciplina, percebi que certamente seguiria por um caminho menos biologicista e mais humanista, pois me encantava cada vez mais a forma com que os professores da referida disciplina buscavam motivar os estudantes para serem ativos e poderem encontrar seus próprios caminhos, assim como estava ocorrendo comigo. Logo após a conclusão do Bacharelado em Biologia, vivenciei uma grande experiência formativa, orientada pelos professores e pesquisadores da Faculdade de Farmácia da UFBA, onde participei, por um ano, de um projeto com bolsa de aperfeiçoamento financiada pelo CNPq. Pesquisava princípios ativos de plantas medicinais, comercializadas pelos erveiros na cidade de Salvador. Minha função, fora do laboratório, era adquirir as plantas em quatro pontos de comércio da cidade de Salvador, nas quatro estações (primavera, verão, outono e inverno). Como a cada estação retornava aos pontos de comércio, conheci um pouco da realidade dos erveiros e seus desafios quanto à vida dura dessa via de sobrevivência. Contudo, também conheci o orgulho com que eles relatavam, comentando que a “missão” de comercializar ervas medicinais e de cunho religioso era algo que vinha acompanhando as gerações de erveiros de suas famílias. A partir deste contato com eles no papel de pesquisadora, desenvolvi a capacidade de reconhecer fontes de informação valiosas porque expressam, em linguagem simples e coloquial, histórias de vida, sem comprometer o rigor científico.

No laboratório, minha função era preparar os extratos para serem analisados pelos complexos aparelhos de precisão. Nesse processo, muitas reflexões ocorreram

junto aos pesquisadores-orientadores, ampliando minha compreensão acerca da importância do rigor do método científico e da necessidade de transitar entre esses “dois mundos” distintos e complementares: o mundo da vida dos erveiros que comercializavam as plantas e o mundo do rigor científico do laboratório. Os orientadores, ao valorizarem meu

34

processo de aprendizagem, me ensinavam, sem perceber, a importância de uma docência responsável, que incentiva o educando a desenvolver atitudes protagonistas no ambiente da pesquisa e do ensino.

Chegava a hora de decidir que direção tomaria para continuar minha formação. Cursei algumas disciplinas da licenciatura em Biologia, complementares ao Bacharelado, na intenção de encontrar aprofundamento e respostas a algumas questões acerca da docência, naquele momento, em Biologia. Experimentei uma grande desilusão, posto que as disciplinas priorizavam a memorização. Elas não problematizavam os temas estudados oportunizando uma análise crítica reflexiva. Esse sentimento estava muito aquém do que eu esperava e buscava àquela altura do meu percurso formativo; motivo que me levou a não concluir a licenciatura.

Fui em busca de um mestrado que contribuísse para responder minhas interrogações acerca de uma docência comprometida com a formação de profissionais competentes. Eu poderia ter me submetido à seleção para um dos mestrados no meu instituto de origem, o IBio. Tinha a opção do Mestrado em Fisiologia Vegetal, com linhas de atuação direcionadas à ecologia de plantas, e do Mestrado em Biologia Marinha, com linhas de atuação direcionadas ao cultivo de peixes e ostras, principalmente. Felizmente, muito rápido, percebi que me fascinava muito mais adentrar a área de Educação, já que estava curiosa e instigada a pesquisar sobre a potência transformadora das ações pedagógicas na vida dos estudantes. O Mestrado em Educação seria a escolha direcionada para esse fim.

Durante o processo de transição do campo de Biologia para a área de Educação, fui ressignificando minha formação em Biologia, buscando inspiração em professores pesquisadores com uma perspectiva transdisciplinar e que continuam fazendo parte das minhas referências de pesquisa e formação, a exemplo de biólogos como Hans Jonas e

sua ética da responsabilidade, por ser autor emblemático no campo do ambientalismo. Compreendi então que ser uma bióloga voltada apenas para a pesquisa era uma perspectiva mais limitada para suprir meus anseios. Foi então que busquei novos horizontes e foquei meu olhar, novamente, em uma formação mais voltada para docência na perspectiva de me tornar um educadora tal qual, ou melhor que, os exemplos que tive na vida.

35

Durante a fase preparatória da seleção para o mestrado na Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (FACED/UFBA), vivi muitas experiências significativas, que marcaram e intensificaram minhas buscas como pesquisadora, professora e pessoa. Cursei as disciplinas como aluna especial com quem eu desejava ser orientada; pelas características das disciplinas; pelas evidências de sua atuação; e também por suas publicações que intencionavam a construção de uma educação problematizadora, não tradicional, não diretiva – o professor Cipriano Luckesi. Sua orientação foi fundamental, visto que era um educador e filósofo que colocava a pulsão de vida em sua ação pedagógica. Na época, Luckesi trazia recursos da Bioenergética na condução de suas aulas, sempre dinâmicas, além de oferecer leituras e discussões a partir de autores que nos desafiavam a repensar paradigmas, revisitar valores e ressignificar atitudes, sobretudo para a formação do professor como pessoa.

Defendi a dissertação que versava sobre a estruturação do ser humano em 1997, inspirada por autores como Wilhelm Reich e os fenômenos psicossomáticos complementares aos estudos da psicanálise Freudiana; David Boadella com a Biossíntese; e Jacob Moreno com o Psicodrama, dentre outros, o que me permitiu compreender a importância da subjetividade na formação.

Um longo tempo se passou entre a finalização do mestrado e o ingresso no doutorado, tempo em que assumi a coordenação do curso de Biomedicina numa faculdade privada da cidade de Salvador, a Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC), função na qual estou completando 15 anos.

De forma recorrente, professores relatavam que cada turma ingressante evidencia, através das atitudes diante dos colegas e dos professores, valores mais distantes do que são esperados para um estudante universitário que pretende atuar na

área de saúde.

Ao longo dos anos, professores relatam nas reuniões de colegiado, ou mesmo nas conversas informais, o seu descontentamento quanto à possibilidade de um ensino mais humanizado, pautado no respeito às diferenças, já que os estudantes ingressantes trazem expectativas muito pautadas numa formação que instrumentalize, que viabilize conhecimentos específicos da área Biomédica. Por outro lado, os estudantes também relatam a dificuldade de acompanhar uma formação com disciplinas que trazem uma

36

densidade que exige sempre mais do que eles podem acompanhar. Muitos fazem provas finais, muitos repetem até mais de uma vez algumas disciplinas.

Como coordenadora tenho muitas vezes atuado como mediadora de conflitos das mais diversas ordens, principalmente os que partem da incapacidade do professor despir-se do poder a eles culturalmente conferido, tornando o estudante alguém de menor importância, ou com menos inteligência, quando comparado ao estudante que o professor foi durante a sua formação, há 10 ou 15 anos. É como se o professor buscasse encontrar na sala de aula o estudante que ele mesmo pensa que foi. Já os estudantes buscam, muitas vezes, que o professor seja um grande “site de busca” específico em sua matéria, principalmente quando a interação não é construída com afetividade. As cobranças daí derivadas acirram os ânimos, chegando inclusive a processos disciplinares, com sanções previstas no regimento interno da Faculdade.

Tem sido muito interessante perceber como a relação com professores reconhecidos pela capacidade de compreender as dificuldades dos estudantes gera menos reclamações. Muitas vezes esses professores são extremamente exigentes quanto à cobrança em memorização de conteúdos, ministram disciplinas com alto índice de reprovação, mas são muito admirados pelos estudantes, inclusive lhes homenageiam na formatura com solenidade.

Diante do olhar sensível e interessado nas questões voltadas à humanização na saúde, criei com algumas professoras um grupo de estudos que se transformou em um grupo de pesquisa em “Humanização e afetividade em saúde”, por meio do qual desenvolvemos pesquisas e atividades de extensão, nos apresentamos em congressos e publicamos artigos. Também no sentido de humanizar a formação do biomédico, criei

o programa “FTC cuidando dos seus”, no qual estimulamos e orientamos estudantes de disciplinas nucleares e integradoras, como “Trabalho interdisciplinar dirigido” e, mais recentemente, “Projeto Integrador”, a desenvolver projetos para “cuidar” dos funcionários com menor renda mensal. Aqui desenvolvemos projetos envolvendo o curso de Biomedicina e demais cursos da área de saúde, acompanhando a saúde física e psíquica dos funcionários dos serviços gerais, e integrantes dos projetos permanentes que a faculdade desenvolve com moradores do entorno. Oferecemos exames periódicos nos laboratórios de análises clínicas, encaminhamos para as clínicas de Fisioterapia e

37

Odontologia, bem como ao serviço de Psicologia. Conseguimos que os funcionários dos serviços gerais frequentem gratuitamente a academia de musculação ligada ao curso de Educação Física, bem como que sejam atendidos gratuitamente na clínica da UniFTC, em diversas especialidades.

Tenho percebido que uma formação mais humana é produto de investimento, de reflexão de toda a comunidade acadêmica, e que é possível laborar nesse sentido, embora seja muito exigente e demande investimentos específicos em tempo e atenção de todos os envolvidos. Venho intuitivamente percebendo que quanto mais o professor interroga sobre sua prática, quanto mais internaliza a necessidade de observar seu processo de ensino e aprendizagem, melhor se torna sua relação com os estudantes, bem como com os colegas do corpo docente e com a gestão.

Assim, aos poucos, crescia o desejo de pesquisar a humanização na formação do profissional de saúde. Tenho refletido acerca da importância da implicação do professor para uma formação humanizada, voltada ao desenvolvimento de pessoas, e não apenas de profissionais com competências técnico-científicas. Fruto disso, introduzi no Estágio Curricular Obrigatório uma atividade de voluntariado social, com o objetivo de desenvolver a solidariedade no estudante de Biomedicina. Publiquei no volume 5 da **Série Práxis e Docência Universitária** (ANDRADE; VERGNE; SANTOS, 2016) um relato de experiência sobre esta prática pedagógica relacionada à humanização. A experiência da construção do texto para esta publicação foi extremamente formativa, na medida em que os organizadores da série estimularam uma reflexão consistente da

prática pedagógica.

Após essa experiência, cursei, como aluna especial, a disciplina Docência Universitária: Pressupostos Epistemológicos, Políticos e Metodológicos, com a Professora Sandra Soares e a doutoranda Fátima Beraldo, em atividade de estágio docente, que muito marcou meu percurso formativo pela dedicação e capacidade de socializarem seus conhecimentos e percepções durante toda a disciplina. A condução dessa disciplina se deu de forma completamente inovadora para mim, dado que as professoras conduziram a formação de uma comunidade de aprendizagem em que a prática da humanização foi experimentada por todos; vivenciamos o respeito mútuo num

38

desenvolvimento com respeito e ética na produção dos textos e na condução do dia a dia da disciplina, o que me tocou em minha humanidade.

Nessa disciplina, desde o primeiro dia de aula, o plano de ensino foi discutido com o grupo, que opinou e discutiu acerca dos objetivos propostos, se contemplavam o que todos estavam ali buscando. Nas primeiras aulas, firmamos um contrato didático, com normas e regras discutidas e que seriam seguidas por todos.

Após a seleção para o Doutorado, em 2016, passei a integrar o grupo de estudo e pesquisa Docência Universitária e Formação de Professores da Universidade do Estado da Bahia (DUFOP/UNEB). A partir daí, pesquisas, leituras e reflexões sobre a prática dos professores na universidade passaram a fazer parte do meu cotidiano. Nesse grupo, além da pesquisa individual dos pós-graduandos, todos os integrantes participam de uma pesquisa coletiva do grupo, bem como da organização do Colóquio Práticas Pedagógicas Inovadoras na Universidade, evento de grande importância apoiado pela Pró-Reitoria de Graduação da UNEB, e que traz pesquisadores de várias partes do mundo para compartilhar conhecimentos, percepções e reflexões com professores do ensino superior.

Dois importantes experiências vividas no DUFOP foram: o curso sobre aprendizagem ministrado pelo Professor Juan Ignacio Pozo, da Universidade Autónoma de Madrid, e o seminário com o Professor Felipe Trilo, da Universidade de Compostela, sobre a formação do professor universitário. No curso com o professor Pozo, discutimos, entre outros, o conceito de competências cognitivas e afetivas. Percebemos como a

experiência desenvolve sentidos, articula pessoas, possibilita a ressignificação de paradigmas. No convívio com o Professor Trillo, pela sua capacidade de nos fazer refletir acerca dos sentidos de cada atividade desenvolvida, percebemos que na experiência desenvolvemos valores que rapidamente são evidenciados nas atitudes. Ele pratica o que traz na sua publicação acerca das atitudes e valores no ensino, que “Valores podem ser aprendidos, portanto devem ser ensinados” (BERAZA, 2000, p. 94).

Em síntese, integrar o DUFOP tem sido fundamental na minha formação profissional e pessoal, já que se trata de um grupo com características muito peculiares de produção solidária e afetiva, o que potencializa o trabalho e qualifica o percurso formativo.

39

3 BASES TEÓRICAS DA PESQUISA

A problematização sobre o que é o humano, bem como os processos de sua produção, articula concepções ontológicas e epistemológicas desenvolvidas ao longo da produção de sentidos do que seja o humanismo. Diversas reflexões sobre o que dá especificidade ao domínio humano do “ser” se manifestam na religião, na filosofia, na cultura popular e na ciência. Dessa forma, a história do humanismo não se configura como um movimento linear e progressivo, uma vez que o que é e o como tornar-se humano é um complexo campo de disputa. Nesse campo, o essencial na construção da humanidade são interrogações estruturantes do futuro: Como devemos viver? Como se configuram os modos de vida humanos? Como aprender com as experiências comunitárias já percorridas criativamente de como viver? (INGOLD, 2019).

Podemos ver aproximações entre a antropologia filosófica de Tim Ingold e a ontologia de Martin Heidegger ao problematizarem o que é o “ser” do ser humano. Em seu livro *Carta sobre o Humanismo*, Heidegger (2005) se debruça sobre a condição de ser humano como indeterminação ontológica, ideia que se manifesta no pensamento de Ingold (2019, p. 8) quando afirma:

Entretanto, não há apenas uma maneira humana de ser. A ‘aptidão para a cultura’, sejam quais forem os demais sentidos da expressão, é uma capacidade de gerar diferença. Nesse processo criativo, que se realiza no curso ordinário da vida social, e através dele, é que a essência da condição de humanidade se

O pensamento de Ingold (2019) nos convoca para a compreensão da existência em um âmbito processual no qual a criatividade e a necessidade dão impulso a novas formas de se constituir como ser humano, forma de vida não apartada das outras formas de vida existentes na natureza, que estão integradas pela mesma condição de seres vivos que partilham uma morada, um habitat. Entretanto, o desenvolvimento de uma visão antropocêntrica, a partir da razão ocidental, apartou do sentido da humanidade a sua animalidade, o que gerou dicotomia e hierarquia entre homem e animal, razão e emoção, mente e corpo, ciências humanas e ciências naturais.

40

Nas perspectivas existencialistas, a humanidade e os processos de humanização não estão em correspondência transcendental com uma ontologia, como na ontologia teológica, pelo contrário, as ontologias são existencialidades em movimento. As questões que daí decorrem são bastante amplas e refletidas de forma densa e transdisciplinar, como em Hans Jonas (2006), Hannah Arendt (2016), Tim Ingold (2019) e Byung-Chul Han (2017).

Um tema que acrescenta complexidade ao debate sobre as questões do humanismo na contemporaneidade, que não vou aqui desenvolver por não se configurar como foco do estudo, mas que, entretanto, merece ser mencionado, é a questão do pós humanismo e do transumanismo. Tal temática aborda perspectivas do humano que possuem immanentemente desejo e crença de ultrapassar os limites do humano pela intervenção da tecnociência.

Esta pesquisa focou a problematização de sentidos do humano que se constituem no cenário formativo de um curso de graduação em Medicina. Dessa maneira, as concepções e práticas pedagógicas dos formadores dos futuros médicos foram o foco sobre o qual me debrucei. Nos processos de subjetivação em relação à formação profissional, a problematização da saúde como uma dimensão que necessita ser cuidada profissionalmente é fundamental na contemporaneidade e se configura como campo de disputa por diferentes valores. Aproximando-nos deste campo, nas relações que se estabelecem no ensinar, aprender, sentir, enfim, experimentar a vida acadêmica, acredito, com Manen (1998 p. 54), que “nunca é tarde para aprender. O

crescimento pessoal é uma possibilidade humana que permanece ao longo da vida. Um adulto pode dar nova forma e direção ao seu ser, em qualquer idade”. Também com Beraza (2000, p. 94) seguimos acreditando que “atitudes e valores podem ser apreendidos, ser melhorados, ser alterados, incorporar noutros novos e, portanto, devem ser ensinados”. Daí nos lançamos neste terreno tão fértil e tão desafiante que é a construção de um humano mais humano na formação do profissional de saúde. Esse humano mais humano faz eco com a poesia, como nos encanta formativamente Manoel de Barros (2016, p. 41) quando diz:

A ciência pode classificar e nomear os órgãos de um sabiá, mas não pode medir seus encantos. A ciência não pode calcular quantos cavalos de força existem nos

41

encantos de um sabiá. Quem acumula muita informação perde o condão de adivinhar: divinare! Os sabiás divinam!

3.1 CONCEPÇÃO DE HUMANIZAÇÃO: *EPISTEMES* EM TENSIONAMENTO

Humanismo e os processos de sua produção – humanização – são conceitos polifônicos que possuem em seu centro de gravidade a ideia de que a humanidade do homem é produto das ações efetivadas dentre um campo amplo de possibilidades. O processo de humanização, dessa forma, é um complexo conjunto de forças em que está em jogo a formação de subjetividades embasadas em determinados valores e princípios.

O humanismo na área da saúde é definido como o conjunto de valores, atitudes e práticas que consideram o paciente um ser humano que sofre e solicita alívio, e se baseia em afeto, apoio, respeito e solidariedade (COMES et al., 2017, p. 2). Grandes pensadores refletiram sobre os processos de humanização como forças políticas e sociais: homem unidimensional (Marcuse), o homem alienado (Karl Marx), o homem *economicus* (Taylor), o homem máquina e a tecnocultura (Walter Benjamin). O cenário contemporâneo é marcado pela revolução tecnológica e seus impactos na vida humana e, como trazem Neves e Massaro (2009, p. 1), “laminação biopolítica do capital, nos modos de cuidar e gerir a vida”. Pensadores como Jonathan Crary (2014) e Grégoire

Chamayou (2015) têm pesquisado sobre os diversos processos contemporâneos de intervenção tecnológica sobre o corpo e nas atividades humanas, alinhados a sistemas tecnológicos e de informação com a pretensão de conduzir a subjetividade a um processo de identificação com máquinas que garanta o tipo de eficiência que o fluxo de mercado exige. Há uma potente mudança de processos de subjetivação que estão a configurar uma percepção singular da realidade:

Hoje, mais do que pensar o funcionamento e os efeitos particulares de novas máquinas ou redes específicas, importa avaliar como a experiência e a percepção estão sendo reconfiguradas pelos ritmos, velocidades e formas de consumo acelerado e intensificado. [...] Gastam-se bilhões de dólares em pesquisas dedicadas a reduzir o tempo de tomadas de decisões, a eliminar o tempo inútil de reflexão e contemplação. Essa é a forma do progresso contemporâneo – o encarceramento e o controle implacáveis do tempo e da experiência. [...] Como muitos já notaram, a inovação no capitalismo consiste na simulação contínua do novo, enquanto na prática as relações de poder e de controle permanecem as mesmas. (CRARY, 2014, p. 48-49).

42

Vemos convertidos em mercadorias produtos abstratos como signos e imagens que determinam fluxos de consumo, articulando inovação, tecnologia e progresso. Entretanto, as relações humanas tornam-se cada vez mais distantes e mediadas pela tecnologia. Na área da saúde, essa questão imprime uma relação fria e pouco comprometida com o ser.

Percebemos essa característica nas estruturas dos serviços de saúde. Outra dificuldade desafiadora é “[...] a sub-remuneração, as relações contratuais/formais precarizadas e injustas de trabalho, a ambiência degradada, as condições de trabalho que interferem negativamente na produção de saúde dos que cuidam” (PASCHE, 2010, p. 65). Inclusive muitas críticas à Política Nacional de Humanização, da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) vão na direção de relacioná-la com uma forma de escamotear as faltas e ausências nas obrigações do governo em fornecer uma estrutura que atenda às demandas da produção de saúde no país, que se somam a manifestações que denotam desumanização, como “filas desnecessárias; descaso e descuidado com as pessoas; incapacidade de lidar com histórias de vida, discriminação, intimidação, submissão a procedimentos e práticas desnecessárias, cobrança ‘por fora’, exclusão e

abandono” (PASCHE 2010, p. 65). Entretanto, quando o profissional de saúde adentra uma sala de aula como formador do profissional, é importante que ele reflita sobre os valores que intenta estimular nos estudantes.

A PNH apresenta um conjunto de diretrizes transversais que devem direcionar as atividades de instituições que envolvam usuários, trabalhadores e gestores da Saúde. As diretrizes dessa política apontam para a valorização da dimensão subjetiva em todas as práticas de atenção e gestão à saúde, fortalecendo compromissos e responsabilidades, incentivando o trabalho em equipe, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade, a utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo na promoção do cuidado (pessoal e institucional) ao cuidador (RIOS, 2009). Esse programa já completou 15 anos de existência e carrega consigo muitos estigmas, provenientes das tentativas de sua implantação, sendo que dois grandes desafios continuam imperativos: necessidade de

43

reencantar os servidores e profissionais que laboram na atenção e na gestão da área da saúde, bem como a necessidade de formar profissionais de saúde capazes de exercer o “cuidar do outro” na composição de uma política pública solidária, inclusiva e de qualidade. Concordo que é necessário perseguir, desde a graduação, os valores e atitudes que embasam as cinco diretrizes do SUS, que são reforçadas pela PNH: acolhimento, gestão democrática, clínica ampliada, valorização do trabalho e garantia dos direitos dos usuários (BRASIL, 2010).

No **Acolhimento**, preconiza-se orientação ética que inaugura e sustenta os processos do cuidado compartilhado, buscando a corresponsabilização, em que paciente e profissional de saúde atuam na produção de atitudes e valores ligados à solidariedade, que imprimam uma nova ética do cuidado; na **Gestão democrática**, preconiza-se o compartilhamento do poder sustentado por práticas democráticas como horizontalização do poder, ampliação da inclusão de sujeitos na gestão e na clínica, utilizando medidas como organização de grupos de trabalho em humanização (GTH), rodas de discussão, inclusão da rede sociofamiliar dos usuários etc., valores ligados ao respeito e à

consciência dos direitos. Na **Clínica ampliada**, buscar-se-á ampliação das bases conceituais, avançando para além da alopatia, da racionalidade clínica; inserção de práticas complementares; ampliar para além do biológico; e inclusão de ações interdisciplinares apostando nos trabalhos de equipe. A ideia de clínica ampliada impõe experiências de troca entre seres humanos sensíveis e solidários, não de alguém que sabe e alguém que não sabe; uma clínica que não seja de encontros esporádicos e instrumentalizados, mas de construção de vínculos e de confiança mútua, permitindo a contração de responsabilidades na rede de saúde; valores ligados à humildade e ao desprendimento das certezas científicas e de uma idealização do paciente.

A **Valorização do trabalho** defende remuneração adequada para os trabalhadores da saúde na intenção de construir, de forma sustentada, a reforma sanitária de nosso país. Por último, há os valores de igualdade a fim de **garantir os direitos dos usuários** na direção da produção de corresponsabilização. Assim seria respeitado o direito dos usuários à informação, à inclusão nas práticas/ações de saúde (consultas, exames, internações etc.), direito a ser respeitado em suas opções sexuais,

44

religiosas e políticas, direito a uma equipe profissional de referência que lhe cuide a partir de práticas embasadas em valores de sabedoria, reconhecimento e persistência. É factualmente perceptível que a formação atual ainda tem um predomínio do modelo biomédico, apoiado na tecnologia para análise diagnóstica. Nesse modelo, encontro uma concepção de saúde atrelada ao cuidado do órgão doente em detrimento de uma abordagem do ser humano integral em sua singularidade. Gonze e Silva (2011) discutiram as implicações que essa concepção traz à formação médica, por fomentar uma assistência tecnicista e fragmentada, o que é alvo de críticas oriundas do campo da Saúde Coletiva. Importa atentar para o modelo Biomédico, ainda predominante na formação dos profissionais de saúde, que dificulta a visão do indivíduo como um ser integral e interfere na compreensão do processo saúde e doença, de modo que podemos e devemos trabalhar efetivamente na revisão nos programas de formação dos profissionais de saúde (AMORIM; MOREIRA; CARRARO, 2001 apud MISSEL; COSTA; SANFELICE, 2017). Acredito que não se pode mais esperar um bom desempenho técnico-científico de um profissional de saúde sem que ele esteja vinculado à cidadania

e à ampla visão da realidade no contexto em que atuará.

Junges e outros (2012, p. 694) afirmam que “a interação terapêutica se apoia na tecnologia, mas não pode limitar-se a ela, porque precisa ver os seus interstícios com a sabedoria prática, essencial para o cuidado”. De modo que o sentido de toda uma tecnologia a serviço do diagnóstico médico deve complementar uma relação médico paciente em que se mantenha a subjetividade que compõe os seres humanos envolvidos nesta relação interativa do cuidado médico. Penso que parte desta forma de lidar e interpretar as necessidades do outro se deva à formação médica desse profissional capacitado e habilitado em um modelo que há muito vem sendo questionado.

Nossa história recente como resultado da importância do movimento sanitário, em suas articulações com outros movimentos sociais, carregados de valores, impulsionaram as lutas, nas décadas de 1960, 1970 e 1980, na indução à reconfiguração do padrão de exigência expresso nas políticas públicas na saúde e no campo dos direitos humanos e socioambientais. A temática da humanização tem despertado interesse de diversos profissionais da área da saúde, o que se evidencia pelo aumento da produção científica

45

relacionada ao tema, todavia, há muito a ser feito para que seja superado o paradigma de formação biomédica secular.

No Brasil, a saúde pública é de responsabilidade do Estado e é gerida através do Sistema Único de Saúde. O SUS se configura como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, na medida em que abrange desde atendimentos ambulatoriais até transplante de órgãos, garantindo, textualmente, acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. A humanização é fortemente requerida pelo SUS, criado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), trazendo princípios de equidade, integralidade e universalidade na produção de saúde (BRASIL, 2010). Em discussão desde a década de 1970, a humanização foi configurada principalmente na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando se consolida um grupo de trabalho sobre humanização.

A partir da constatação da necessidade de uma política complementar que garantisse suporte aos princípios basilares do SUS, em 2010, foi criada a Política

Nacional de Humanização, da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) (BRASIL, 2010). Esta política pública de saúde reforça, revisita e amplia os princípios do SUS, incluindo inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos. A PNH é um marco teórico político da atuação do Ministério de Saúde, que valorizou muitas ações e projetos de humanização que estavam sendo implementados e/ou desenvolvidos na rede pública de saúde, principalmente nos hospitais, como citado anteriormente.

Problematizar o papel do profissional de saúde na construção dessa teia, considerando a integralidade do atendimento ao usuário, é fundamental para aperfeiçoar seu funcionamento (FERREIRA; ARTMANN, 2018). De modo que as diretrizes da PNH estão para além de um simples conjunto de regras para direcionar e inspirar as práticas em saúde. A PNH pode ser entendida como um guia de conduta a ser perseguido para a reflexão de todos os trabalhadores que atuam na formação e produção em saúde.

A partir da PNH, as políticas de saúde passaram a apontar caminhos para a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo compromissos e responsabilidades, incentivando o trabalho em equipe, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade, utilização da informação,

46

comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão, na construção de autonomia e protagonismo na promoção do cuidado (pessoal e institucional) ao cuidador (RIOS, 2009). Esses aspectos demandaram modificações nas diretrizes curriculares dos cursos de saúde, na intenção de trazer para a formação os valores e atitudes que evidenciem uma atuação mais humanizada na produção de saúde. Apesar do reconhecimento da necessidade de fundamentação prática e teórica nos saberes humanísticos para que a integralidade do cuidado seja efetiva, as humanidades são desconsideradas do corpo da Medicina (RIOS; SIRINO, 2010).

Junges e outros (2012) consideraram que a humanização se torna uma referência ética de orientação para as práticas de saúde, não reduzidas à normatividade procedimental da técnica, mas procurando englobar nos percursos terapêuticos os projetos de felicidade das pessoas, apontando para as dimensões subjetivas e socioculturais do processo saúde/doença. Portanto, para se alcançar os objetivos da

humanização, propõe-se a constituição de equipes multiprofissionais corresponsáveis, em que tanto profissionais quanto usuários se sintam sujeitos do processo de solução das necessidades que chegam até a unidade de saúde.

A discussão acerca do humanismo médico pretende buscar responder à transformação corporativa do sistema de saúde. Isso se destaca e parece buscar atender a necessidade de um acordo geral, suficiente para avaliar o humanismo dos médicos e, dessa forma, planejar intervenções pedagógicas explícitas que fortalecerão instâncias desde a formação em saúde até a prática médica nas instituições de saúde.

Nessa mesma linha de pensamento, Rios e Sirino (2010) afirmaram que a humanização é um tema recorrente nos serviços de saúde, utilizado amplamente e de caráter polissêmico. O termo “humanização” se refere a movimentos, conceitos, ações de diferentes origens históricas e linhas de pensamento, dando margem a várias interpretações. Essas autoras argumentam que, no campo do ensino médico, isso aponta um paradoxo evidente: “embora reconhecida a importância e atualidade do tema no campo da saúde, há grande dificuldade de integração dos temas humanísticos ao corpo da Medicina. Apesar de essencial à prática médica, a humanização ainda é vista como um tema desinteressante” (RIOS; SIRINO, 2010 p. 402).

47

Junges e outros (2012, p. 694) concluíram que a humanização exige reconstruir um conceito de cuidado que saiba conjugar êxito técnico e sucesso prático. A interação terapêutica apoia-se na tecnologia, mas não pode limitar-se a ela, porque precisa ver os seus interstícios com a sabedoria prática, essencial para o cuidado. Isso significa abrir espaço de diálogo para conversar sobre como o uso da tecnologia se insere na subjetividade e no coletivo daquele serviço.

Nesta pesquisa, tomo o conceito “humanização” conforme Deslandes (2006), considerando a necessidade de ver o paciente como uma pessoa e não reduzi-lo a uma patologia, ver o paciente como uma totalidade. Aqui o diagnóstico e tratamento de um paciente consideram as necessidades subjetivas e conflitos do mesmo.

De acordo com Ávila e outros (2018), a humanização pode ser pensada como um princípio do cuidado que tem por finalidade organizar as ações dos trabalhadores da saúde e construir valores humanos capazes de resgatar a dignidade das pessoas que

estão sendo assistidas. A este conceito é preciso acrescentar a dignidade dos cuidadores, equipes que trabalham na produção de saúde.

O conceito de humanização, por ser polissêmico, traz vários sentidos e significados. Em documentos oficiais sobre a humanização da atenção, como os documentos do SUS e a PNH, seu conceito, apesar de não apresentar consenso, seja nos aspectos teóricos, seja nos operacionais, direciona-se como uma diretriz de trabalho, voltando-se para a criação de um movimento de assistência pautada na defesa da vida e na promoção de saúde (DESLANDES, 2004).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH) entende humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. “Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.” (BRASIL, 2010, p. 8).

Humanização como movimento da área de saúde é um esforço individual e luta coletiva por novas possibilidades de organização do cuidado, que considere o ser humano como um ser integral, envolvendo suas dimensões física, psíquica, espiritual e

48

social. Esse é o conceito de humanização que assumo, a partir do observado e construído neste caminho de pesquisa.

Numa formação humanizada do profissional médico, importa revisitar a lógica da formação profissional na área da saúde, discutir como se dá a organização dos serviços, as estruturas de hierarquia social e da provisão dos cuidados, os fatores que interferem na interação das pessoas – as relações de conflito, cooperação e subordinação entre profissionais nas equipes de trabalho, bem como entre profissionais e pacientes, buscando resgatar sobretudo a dignidade, o respeito e a solidariedade.

A formação dos profissionais de saúde que se pratica atualmente, em sua maioria, ainda prioriza a valorização do curar em detrimento do cuidar. Considerando a necessidade de reduzir essa valorização do curar em detrimento do cuidar, a proposta do Humaniza SUS é criar, no contexto hospitalar, espaços de produção comum de

conhecimento sem perder a noção da especificidade de cada contribuição para assegurar a integralidade do cuidado. Para Oseguera Rodríguez (2012, p. 61), “o humanismo na Medicina é um modo de vida em que o bem-estar do ser humano é valorizado e enfatizado”. Ávila e outros (2018, p. 6) destacam que uma conduta humanizada no processo do cuidar pressupõe a adoção de um comportamento profissional que consiga visualizar o ser humano em seus diversos âmbitos, valorizando suas crenças, sua cultura, sua religião e seus valores morais.

Missel, Costa e Sanfelice (2017, p. 592) argumentavam que

[...] o processo de humanizar baseia-se em atitudes simples de se disponibilizar para ouvir, trocar experiências e comparar seu processo histórico com o outro. A percepção do outro, suas relações, histórias de vida é que permitem a identidade humana e também o ato de repensar e refazer práticas em saúde.

Portanto, importa pensar como podemos refletir e analisar possibilidades de o processo de humanização chegar às práticas de saúde. Nesta pesquisa, focaremos a formação médica e suas possíveis implicações numa teia que envolve o profissional, o paciente e toda a sociedade.

Sabemos que promover a saúde e humanizar sua atenção são trabalhos processuais de longo prazo, dinâmicos e intimamente relacionados aos contextos em que se desenvolvem. A formação médica vem sendo aprimorada nas últimas décadas como

49

consequência de uma inquietação de educadores-formadores-sociedade, e parte desse processo vai requerer um olhar mais humanístico para esta educação. Diante disso, e buscando entender por onde caminha a atuação do profissional na saúde, pautada na construção de subjetividades, é importante pesquisar acerca dos valores e atitudes que respaldam uma formação mais humanizada em saúde.

3.2 A SAÚDE COMO CAMPO DE FORÇAS HERMENÊUTICAS NA PERCEPÇÃO DE SER HUMANO NA CONTEMPORANEIDADE

Compreender a saúde na contemporaneidade é lançar o olhar para visões

distintas sobre sua percepção e formas de intervenção para seu alcance. Uma delas é a visão de saúde individualizada, restrita ao funcionamento do organismo como se ele fosse um sistema fechado – o organismo e sua genética. Uma visão que prioriza as questões objetivas de manifestação do humano, como a sua capacidade cognitiva.

Segundo essa visão, o aparato biológico e cognitivo daria condições e seria suficiente para os homens fazerem projetos, arte e ciência. As duas estruturas, biológicas e cognitivas, possibilitariam, no contexto específico do campo da Medicina, a criação de equipamentos para diagnóstico e tratamento de doenças. Essa forma de compreender e tratar a saúde humana equivoca-se na medida em que não acessa a amplitude psíquica e espiritual que compõe o ser e que contribui para o desencadeamento das doenças, sobretudo as “doenças neuronais”, estas que só o contato humano sensível e atento poderia identificar. Outra visão concebe a saúde como um processo, que vai sendo construído à proporção que o ser humano interage com o contexto em que está inserido. A saúde é vista nesta concepção como um sistema complexo, um sistema aberto a partir do qual o organismo troca energia emocional e psíquica com o exterior – o ambiente e as outras pessoas. Nessa outra lógica, a técnica não é desconsiderada e minimizada, mas não é priorizada como eixo fundamental. Nessa linha de pensamento, compreender a saúde humana envolve acessar as subjetividades, as questões éticas, socioafetivas e culturais, que estão relacionadas com a capacidade de produzir sentido existencial, no processo de construção do presente e do futuro, o que seria uma forma mais humanizada de compreender a saúde. Essa é a percepção que fundamenta a presente pesquisa.

50

Crenças de que intervenções objetivas e técnicas são suficientes para atender e superar as complexas problemáticas no desenvolvimento da saúde humana precisam ser revistas, tanto no fazer em si quanto no ensinar a fazer. Essas questões passam a ser importantes para pensar a sobrevivência humana no cenário atual, em que a alimentação, a respiração, a saúde psíquica etc. estão sendo fortemente afetadas pelas condições de existência que o sistema capitalista impõe.

Para autores como Hans Jonas (2006), a sobrevivência física e espiritual passa também pelo cuidado com o ambiente e com a existência das próximas gerações. Este

biólogo e filósofo, discípulo de Heidegger, aborda a responsabilidade como uma categoria existencial e ontológica, defendendo a ideia de que uma ética do futuro precisa condicionar as práticas do presente, portanto, o cuidado do futuro necessita uma presença responsável no presente.

Jonas (2006) denomina esse cuidado como a ética da responsabilidade¹, algo que não havia sido pontuado pelos filósofos clássicos, dado que a existência humana não estava ameaçada, principalmente pela tecnologia. Para esse pensador, o homem define-se ontologicamente pela responsabilidade que assume em prol das gerações futuras. Nesse sentido, Jonas propõe repensarmos o imperativo Kantiano, que para ele constitui um parâmetro exemplar: “Age de tal maneira que o princípio de tua ação se transforme numa lei universal” – para um novo imperativo: age de tal maneira que os efeitos de tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma vida humana autêntica.” (JONAS, 2006, p. 18).

Hans Jonas (2006) e Michel Serres (2003) defendem um modo de viver que contempla, na capacidade de agir, a responsabilidade da ação, e não só com o procedimento em si da técnica para a ação. A fim de sustentar essa forma de compreender a saúde humana, a razão e a cognição precisam estar subordinadas às questões éticas. O interessante seria que contemplássemos a razão, a cognição, a ética e ainda a espiritualidade como possibilidades para refletir acerca das possíveis determinações da ação humana no cuidado com a saúde, que, na contemporaneidade,

¹ Ou também *O princípio da responsabilidade*, título da obra lançada por Jonas (2006).

tem relação direta com o conhecimento das técnicas, cada vez mais especializadas para diagnóstico, acompanhamento e tratamento das doenças.

Assim, a reflexão acerca da relação entre a saúde e a técnica é de grande importância para o viver humano. Michel Serres (2003), ao afirmar que o sucesso tecnológico deve levar em consideração os valores éticos para o futuro, alerta para a necessidade de os indivíduos reverem o contrato social primitivo, no qual o ser humano se sintia responsabilizado e defendia um contrato natural, em que a natureza seja

reconhecida pelo que é – um sujeito de direito –,² assim haveria um equilíbrio na relação do homem com a natureza.

Na contemporaneidade, compreender a saúde e o cuidado com a saúde demanda pensar a relação entre homem e tecnologia e a relação entre homem e máquina. Aprofundando esta reflexão acerca da complexidade da relação entre homem e máquina, é preciso pensar em dois processos que se complementam: a maquinização das pessoas e a humanização das máquinas.

Criamos um grande aparato tecnológico justificando a produção de saúde na contemporaneidade, pesquisas em todas as áreas trouxeram inúmeros avanços, por exemplo, com a Inteligência artificial, a nanotecnologia e os microchips, que estão a provocar mudanças estruturais na saúde humana. São tão invisíveis quanto invasivas na transformação nas formas como nos comunicamos, nos transportamos, trabalhamos, fazemos cirurgias etc. O impacto e a velocidade com que essas transformações têm se desenvolvido traz questões éticas e de formação: que humanidade está sendo efetivada? A grande reflexão contemporânea se refere ao impacto da tecnociência na construção de sentidos e de novas subjetividades na construção do humano, sua natureza e os papéis sociais assumidos.

A humanização das máquinas foi uma das derivações de uma pesquisa acerca da importância dos relacionamentos interpessoais, para a preservação da saúde humana. Esta pesquisa, realizada por um grupo de pesquisadores da Universidade de Harvard,

² A natureza como um sujeito de direito sofre algumas críticas, como a do filósofo Luc Ferry (2009), que percebe um vínculo estreito entre as questões ecológicas e o discurso religioso, chamando atenção para a frequência com que as expressões religiosas como, por exemplo, “valores sagrados” ou “santidade da vida” são encontradas nos textos dos ecologistas profundos, o que, para ele, é uma ingenuidade.

acompanhou por 75 anos dois grupos de jovens no decorrer de suas vidas: um grupo de ingressantes na universidade e outro das periferias de Boston (onde fica aquela universidade).³ Esta pesquisa buscava entender a “relação entre saúde física e mental”, e a resposta, percebida ao longo dos anos, foi que uma boa vida se constrói com boas relações, ou seja, relacionamentos próximos e afetuosos trazem felicidade, saúde e conservam as funções de memória.

Os seres humanos dessa pesquisa foram entrevistados de dois em dois anos; suas famílias foram acompanhadas através dos registros de conversas e filmagens com os filhos e esposas, bem como suas relações com sua comunidade. Os registros demonstram que alguns tornaram-se advogados, pedreiros e médicos, dentre outras profissões; um deles tornou-se presidente dos EUA – John Kennedy. Alguns desenvolveram alcoolismo, e uns poucos desenvolveram esquizofrenia. Alguns saíram de situações muito complicadas economicamente e conseguiram se reerguer, através do trabalho e apoio dos familiares e amigos, e outros fizeram o caminho contrário. Os homens eram acompanhados em sua saúde física (exames de sangue e escaneamentos cerebrais). As três principais conclusões dessa pesquisa foram: a) conexões sociais são muito boas para nós, seres humanos, e a solidão mata; b) Não importa apenas não estar só, mas a qualidade das relações é determinante para a saúde; c) Bons relacionamentos não protegem apenas o corpo, mas conservam a memória. Dessa pesquisa, derivaram-se muitas reflexões, incluindo a necessidade de repensarmos nossos relacionamentos (sejam entre seres humanos ou entre estes e seus contextos de trabalho) para preservação da saúde.

Essa pesquisa, dentre muitas outras proposições, reafirmou a importância da comunicação na conexão entre os seres humanos. Como uma das formas de controle e expansão do mercado capitalista é se apropriar de forças subjetivas humanas com o objetivo de promover o lucro, baseados nessa investigação, se desenvolveu um aparato tecnológico que objetiva, com respostas de gravações digitais, imitar um diálogo humano. Tornar as máquinas capazes não só de comportar-se como humanos, mas de tornarem

³ A pesquisa intitulada Harvard Study of Adult Development, tem hoje seu quarto diretor, o professor Robert Waldinger, que tem divulgado através de palestras e workshops os resultados e suas derivações.

se inteligentes é a problemática central do novo campo de pesquisa chamado de “computação cognitiva”, que é uma tentativa de simulação artificial do processo de pensamento humano desenvolvendo plataformas tecnológicas capazes de reconhecer padrões cada vez mais variados que sejam capazes, portanto, de interagir e responder com sistemas mais complexos de padrões a partir da leitura de algoritmos. Não iremos

nos deter nessa questão específica. Importa, para esta investigação, a repercussão inversa, ou seja, de que forma a mediação tecnológica impacta nos sentidos de nos tornarmos humanos.

Na contemporaneidade, como desenvolvimento das conclusões da pesquisa citada acima, os programas de autoatendimento telefônico simulam uma comunicação mais “humanizada”, com respostas que trazem expressões coloquiais como: “Ah, que pena!”, ou “Puxa!”, intencionando suscitar um ambiente de maior conexão. Ainda nesta simulação de um processo de interação, empresas tentam humanizar o “convívio” com as máquinas criando GPS com programas e vozes de artistas conhecidos, aplicativos que simulam interlocutores humanos, podendo o usuário configurá-los com voz feminina ou masculina etc. Esses programas estão à disposição e sendo utilizados como novo padrão de estrutura na interação homem-máquina. Ao colocarmos a ferramenta *waze* para identificar a melhor rota para chegarmos a um destino específico, ao final, vamos ouvir: “Você chegou ao seu destino!” Essa comunicação, sendo entre seres humanos, finalizaria a interação em todo um caminho, fruto de uma colaboração e cuidado com o outro. No entanto, ao ouvir de uma máquina, poderíamos questionar: Quem realmente guiou a chegar até aí? O que acontece a partir daí, com a “relação” criada? Onde está o vínculo? A quem você se vinculou? E se a rota te levar, com uma voz doce e suave, a lugares indesejados? Com quem você iria dividir a decepção e todos os demais sentimentos?

A “humanização das máquinas” deixa um vazio quanto à interação e conexão necessária aos seres humanos. Consorte (2016, p. 15) afirma que “a vontade de sentir felicidade é o que mais move as ações humanas”, o que não pode ser conseguido na interação entre homens e máquinas. Esse autor completa dizendo que “o que fornece mais felicidade ao ser humano é o sentimento de conexão e a qualidade das relações que ele tem” (CONSORTE, 2016, p. 1). Na relação entre homem e máquina, fica o vazio

de conexão, afeto e vínculo, embora nossos cérebros sejam estimulados, em certa medida, para sentirem relações humanas nas interações artificiais. No entanto, esses contatos, com linguagem coloquial e entonação buscando simular sentimentos, são, de fato, sem emoção, cuidado e afeto. Voltaremos à reflexão acerca dessa concepção de

humanização da ação e os valores que sustentam a humanização na próxima seção.

Na mesma lógica da identificação ontológica de máquinas e homens, embora com sinal contrário, vivenciamos, a partir do capitalismo pós-industrial, a busca de ações humanas que se aproximem da eficiência, precisão e padronização das máquinas. Quanto ao trabalho, empresas impelem seus funcionários a sobreviverem a extensas jornadas, nas quais, inevitavelmente, a interação e o contato entre as pessoas são abreviados, e a criação de vínculos é dificultada. Esses valores se expressam na ideia de que é possível e desejável uma relação puramente “técnica” no tratamento com outras

pessoas, indiscriminadamente, tratando-se de vendas on-line, reservas de hotéis ou consulta médica.

O direcionamento para a “maquinização dos humanos” atinge as instituições de saúde, onde as relações entre profissional de saúde e paciente não priorizam tempo e espaço para a formação de vínculo entre o profissional e o paciente. Nesta forma objetiva e “desumanizada” do cuidado com a saúde, o profissional não sabe das demandas psíquicas que interferem no autocuidado do paciente, capazes de garantir o encaminhamento do tratamento,⁴ evidenciando que estamos numa era em que os individualismos e imediatismos expressam-se livremente, numa dimensão nunca antes retratada, o que vem afetando a nossa saúde física e mental.

Os papéis sociais e a natureza do humano são produzidos no jogo de forças da sociedade, em que é preciso lembrar das condições de trabalho que os profissionais estão enfrentando para pensar e cuidar da saúde dos pacientes. Quanto a este aspecto, desejar que um padrão de ação se efetive com condições precárias de trabalho, por exemplo, sobretudo na produção de saúde, tem gerado o que Byung-Chul Han (2017) denomina sociedade do desempenho e tem produzido sérias consequências para a nossa subjetividade, gerando um cansaço e um esgotamento excessivo. Esse autor

⁴ Estas demandas sustentarão, ou não, a obediência e continuidade de uma proposta de tratamento médico, por exemplo.

chega a denominar nossa sociedade contemporânea como “Sociedade do Cansaço”; para ele, chegamos num momento em que “O excesso da elevação do desempenho

leva a um infarto na alma” (HAN, 2017, p. 71). Ele explica que, sendo o ser humano um sujeito de desempenho, estaria livre do domínio externo, ele é senhor e soberano de si mesmo, está submisso apenas a si mesmo, é como se o excesso de trabalho e desempenho justificasse em si mesmo sua autoexploração.

Assim, a humanidade está vivendo um grande paradoxo: ao mesmo tempo em que a máquina (tecnologia) se faz cada vez mais presente na vida das pessoas, suas consequências – muitas vezes imprevisíveis – estão gerando reflexões axiológicas outras, antes não imaginadas. Esta nova interação homem-máquina pode ser vista como dilema moral, pois gera nova subjetividade, com consequências evidentes para a humanidade e para o planeta. Autores como Hans Jonas (2006), Jonathan Crary (2014) e Michel Serres (2003) trazem diagnósticos e reflexões interessantes acerca dos limites éticos que dão suporte à compreensão da interação do humano consigo mesmo e com a natureza que o cerca.

Para além de querer substituir humanos por máquinas, na tentativa de que elas sejam mais eficientes, rápidas e com menor custo, e nos façam, assim, mais produtivos e geradores de renda, estamos imersos na silenciosa construção de subjetividades despolitizadas, neutras, mecânicas e previsíveis. Guattari e Deleuze (1992) trazem reflexões acerca de subjetividades maquínicas. Estes filósofos contemporâneos se inspiram “[...] no elevado grau de sofisticação das máquinas tecnológicas, produzidas na fase do capitalismo pós-industrial, para forjar a ideia de uma subjetividade entendida como maquínica, se contrapondo à ideia de uma subjetividade estrutural e/ou capitalística” (SOUZA, 2008, p. 73).

Cabe aqui explicitar o conceito de “máquina” utilizado por Guattari e Deleuze (1992) na construção do conceito de subjetividade maquínica;

Máquina (maquínico): distinguimos aqui a máquina da mecânica. A mecânica é relativamente fechada sobre si mesma: ela só mantém com o exterior relações perfeitamente codificadas. As máquinas, consideradas em suas evoluções históricas, constituem, ao contrário, um *phylum* comparável ao das espécies vivas. Elas engendram-se umas às outras, selecionam-se, eliminam-se, fazendo aparecer novas linhas de potencialidades. As máquinas, no sentido lato (isto é, não só as máquinas técnicas, mas também, as máquinas teóricas, sociais,

56

estéticas, etc.), nunca funcionam isoladamente, mas por agregação ou por agenciamento. Uma máquina técnica, por exemplo, numa fábrica, está em

interação com uma máquina social, uma máquina de formação, uma máquina de pesquisa, uma máquina comercial etc. (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 385).

Deleuze e Guattari (1988) destacam aspectos não-humanos e não-psíquicos envolvidos na produção de subjetividade. Estes autores consideram três acepções de subjetividade maquínica:

- Subjetividade maquínica enquanto máquina territorializada tecnológica – campo corporal da materialidade tecnológica, relação concreta com o mundo;
- Subjetividade maquínica enquanto máquina desterritorializada coletiva – campo incorporal ou invisível, agenciamentos coletivos de enunciação, tanto concretos como abstratos; uma produção constante junto ao meio ambiente entendido de forma ampla, como meio social, político, econômico, histórico afetivo, estético, ambiental, tecnológico e urbanístico;
- Subjetividade maquínica enquanto máquina singularizada – heterogeneidade, singularidade, autoprodução da própria subjetividade, criação de novos modos de vida, de novas formas de percepção e de uma produção de subjetividade autônoma em relação aos modelos dominantes e redutores da subjetividade capitalística e psicanalítica.

Uma imagem emblemática da subjetividade maquínica territorializada tecnológica foi produzida inicialmente com a submissão do trabalho humano modulado pela máquina e esvaziado de sentido apresentado no clássico filme de Charles Chaplin “Tempos Modernos”, de 1936, que trouxe a reflexão acerca das longas jornadas de trabalho, com esforço repetitivo, sem atividade cognitiva valorizada, gerando desgaste e desânimo.

Na subjetivação maquínica dos seres humanos, que caracteriza a sociedade do desempenho (HAN, 2017) e do biopoder (FOUCAULT, 2008), as pessoas são enredadas em lógicas de produção nas quais a potencialidade de seus corpos é diminuída, reprimida, produzindo seres passivos, dóceis, dependentes, desempoderados, doentes, desacreditados, exaustos (CONSORTE, 2016). Este cenário evidencia o que Foucault (2013) já trazia acerca da extrapolação da lógica econômica para as relações sociais.

Han (2017, p. 71) considera que “O excesso da elevação do desempenho leva a um infarto da alma”. Daqui surgem as patologias características da atualidade:

ansiedade, depressão e estresse. Tais patologias são, por sua vez, fontes de lucro para a indústria farmacêutica. Ao invés de reconhecer que os modelos de sociedade e de humanização que estamos vivendo são parte das causas de tais patologias, são tratadas como se fossem problemas e produções individuais. Nossa época, então, vem produzindo e evidenciando suas enfermidades.

Cada época, ao longo de nossa história, pode ser compreendida por suas principais enfermidades e pelo modo de enfrentá-las. Cada época indica as possibilidades de compreensão e interpretação do modo de viver humano, do conceito de saúde e doença, bem como da relação entre as doenças e os valores sociais. Essas relações refletem não apenas o estado patológico, mas também o sentido de integralidade e a dimensão socioemocional e cultural dos sujeitos, já que o ser humano é integral e integrado a contextos sociais.

Para Han (2017), estamos atualmente numa época neuronal, dado que doenças como depressão, transtorno de déficit de atenção com síndrome de hiperatividade (TDAH), transtorno de personalidade limítrofe (TPL), Síndrome de Burnout (SB) etc. compõem o cenário patológico desse começo do século XXI. Esse autor comenta que deixamos para trás a época bacteriológica, que chegou ao fim com a descoberta dos antibióticos, bem como a época viral, graças às técnicas imunológicas. Convivemos, no entanto, com o pensamento que acompanhou as épocas mais recentes. Na época bacteriológica, por exemplo, acreditávamos que um antídoto poderia salvar o ser infectado, o que em parte é verdadeiro, porém a saúde definitivamente não se resume à quantidade de medicamentos que administramos ao nosso corpo físico para debelar microrganismos infectantes (HAN, 2017).

Na contemporaneidade, época de violência neuronal, inacessível a uma percepção direta, objetiva, não há mais uma negatividade estranha ao sistema. Han (2017) descreve as patologias que definem nossa época como uma “violência sistêmica”, isto é, uma violência imanente ao sistema. Patologias como depressão, TDAH, ou mesmo a obesidade, distúrbios da pressão etc. não causam estranhamento ao corpo, não fomentam reações do próprio corpo, o corpo tenta se acomodar e se transformar para aceitar. O diagnóstico e tratamento para essas patologias envolve, necessariamente,

aspectos subjetivos do viver, além dos elementos fisiológicos, inclusive genéticos, envolvidos.

Essa discussão acerca das patologias que compõem o cenário social voltado à compreensão de saúde e sua produção na contemporaneidade serve para entendermos de que configuração societal estou falando. Saímos da sociedade disciplinar, dominada pelo “não”, caracterizada pelas patologias bacteriológicas, passamos pela sociedade representada pelas doenças virais e estamos, segundo Han (2017), na sociedade do desempenho representada pelas patologias neuronais. Não temos mais uma organização social como descrevia Foucault, na qual “loucos e doentes” eram encaminhados respectivamente para manicômios e hospitais. Agora, na sociedade disciplinar, sociedade do desempenho, produzimos depressivos, fracassados, obesos e hipertensos, e ainda, orgulhosamente, alimentando a sociedade do espetáculo, como ressalta Guy Debord (2016).

Considerado em sua totalidade, o espetáculo é ao mesmo tempo o resultado e o projeto do modo de produção existente. Não é um suplemento do mundo real, uma decoração que lhe é acrescentada. É o âmago do irrealismo da sociedade real. Sob todas as suas formas particulares- informação propaganda, publicidade ou consumo direto de divertimentos-, o espetáculo constitui o *modelo* atual da vida dominante na sociedade. É a afirmação onipresente da escolha já feita na produção, e o consumo que decorre dessa escolha. Forma e conteúdo do espetáculo são, de modo idêntico, a justificativa total das condições e dos fins do sistema existente. O espetáculo também é a *presença permanente* dessa justificativa, como ocupação da maior parte do tempo vivido fora da produção moderna. (DEBORD, 2016, p. 14, grifo do autor).

A problematização das formas de compreensão da saúde na contemporaneidade, e de que processos sociais e subjetivos estão envolvidos em sua produção, é determinante para direcionar o percurso formativo dos profissionais, instância com grande potência transformadora da sociedade. Assim, entendendo o processo formativo do profissional de saúde como um elemento determinante para sua atuação profissional, há que se discutir as concepções individuais e coletivas acerca da saúde como campo de forças hermenêuticas na contemporaneidade.

3.3 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO: RELAÇÕES, SITUAÇÕES, MOMENTO E ATOS PEDAGÓGICOS

Para analisar a percepção dos professores, utilizei como base pedagógica os conceitos que explicitam a essência da pedagogia segundo Manen (1998). São eles: a relação pedagógica, a situação pedagógica, o momento pedagógico e a ação pedagógica. Esses conceitos, descritos na obra *El tacto em la enseñanza: el significado de la sensibilidad pedagógica* (MANEN, 1998), me auxiliaram na perspectiva fenomenológica da análise dos dados produzidos nesta pesquisa.

O primeiro conceito é a “relação pedagógica”, que deveria perpassar todo e qualquer processo educativo como principal fundamento. Para Manen (1998), a relação pedagógica é aquela que existe entre estudantes e professores nas situações pedagógicas na qual professores e estudantes estão juntos de uma maneira especial e singular em relação às outras formas de convivência não estruturadas por intencionalidade pedagógica. A relação pedagógica é aquela em que o estar juntos em uma unidade interativa significa que o docente se responsabiliza pela aprendizagem do estudante (MANEN, 1998 p. 86).

O caminho que traz um professor para o componente curricular Humanismo precisa evidenciar uma relação pedagógica que tem uma estrutura de responsabilização com a aprendizagem autônoma dos estudantes. A relação pedagógica é sempre entre quem ensina e quem aprende! É uma unidade construída pela intencionalidade da produção de conhecimento entre duas consciências, duas intencionalidades.

O segundo conceito são as situações pedagógicas, decorrentes das relações estabelecidas por cada um dos atores – professores e estudantes. Uma situação pedagógica ocorre quando o educador compreende os estudantes e é capaz de atuar de forma que a relação seja educativa, indo além do respeito e compreensão aos estudantes.

O terceiro conceito são os momentos pedagógicos, que podem ser definidos, conforme Manen (1998), como o centro das práticas pedagógicas, ou seja, é um encontro ativo em que o educador atua educando, mesmo que sua ação seja de não atuar. Manen (1998) ressalta que o momento pedagógico está situado no centro da

E complementa trazendo que *“para que la situación pedagógica produzca un momento pedagógico, el adulto debe hacer algo pedagógicamente correcto en su relación con el niño”* (MANEN, 1998, p. 56).

Manen (1998) destaca que esses momentos trazem as indagações. Os momentos pedagógicos sempre trazem reflexões inusitadas, mesmo que planejados pelos professores, mas o fazer em si sempre traz motivações e envolvimento pessoais de cada um – professores e estudantes –, que se encontram num coletivo sempre implicado com o lado subjetivo da formação.

A motivação para o quarto conceito proposto por Manen (1998) é a ação pedagógica. Segundo Manen (1998, p. 91), *“As noções de situação pedagógica, relação pedagógica e ação pedagógica estão inter-relacionadas. Uma situação pedagógica e uma relação pedagógica ganham vida por meio da ação pedagógica.”* Ação pedagógica é aquele movimento em que a ação vivenciada na relação ativa o sentido da formação. Manen (1998) discute a importância de esta ação não ter apenas o sentido cognitivista, mas sim trazer conexão direta entre o que é dito através de palavras, ou mesmo de silêncios, e o que é vivenciado. E complementa chamando atenção de que é fundamental, na educação, sempre perguntar ao educando como ele vivenciou a situação.⁵

Essas características pedagógicas descritas por Manen instigam a pensar algumas formas de compreensões, também trazidas por este autor. Manen (1998) diferencia quatro tipos de compreensões que são expressas para o entendimento das relações pedagógicas: a compreensão não sentenciosa, a compreensão do desenvolvimento, a compreensão analítica e a compreensão formativa. A primeira é uma compreensão acolhedora e amistosa, que atua como uma barragem para as críticas reativas: *“La comprensión no sentenciosa implica una forma de escuchar que es receptiva, abierta, compasiva, auténtica y facilitadora.”* (MANEN, 1998, p. 100). Por sua vez, a compreensão do desenvolvimento é aquela em que o professor necessita fazer uso de seus conhecimentos técnicos para produzir um diagnóstico que lhe ajude a atuar

⁵ Por exemplo, um pai que é acusado de abusar ou abandonar seu filho pode alegar que ama profundamente seus filhos, mas se seus filhos não sentem esse amor, sim, pelo contrário, eles são realmente rejeitados, abandonados ou que estão sendo abusando deles, então, a alegação do pai não tem significado pedagógico. É fundamental, na educação, sempre perguntar como a criança vivencia a situação.

de forma consciente e responsável para o desenvolvimento dos estudantes. A terceira compreensão, a analítica, é a que se abre para maior percepção das zonas complexas das emoções, conflitos e dúvidas. A compreensão formativa está fundada na preocupação do docente em construir um conhecimento completo e íntimo dos estudantes a fim de contemplar a singularidade de cada um. O conjunto dessas compreensões produz um entrelaçamento empático que aproxima intersubjetivamente os vários modos de ser estudante e professor.

Porém a humanização na formação do profissional médico, trazendo a compreensão integrada do ser humano como um ser biopsicossocial constitui a força para a prevenção, preservação e tratamento da saúde. O distanciamento dessa visão integrada do ser humano, ou seja, a fragmentação do ser humano, veio a partir da reforma do ensino médico, protagonizada pela pesquisa (FLEXNER, 1910) realizada por Abraham Flexner em 1910; a partir daqui, as escolas médicas foram adaptadas a um modelo de ensino em que a humanização foi negligenciada.

Os profissionais que hoje se encontram exercendo a Medicina e/ou exercendo a profissão de professor para a formação do médico, que passaram pelo ensino tradicional, tiveram em seu processo formativo a marca de um currículo biologicista, em que o pensamento do tratamento das doenças (mas não do doente) é, em última instância, essencialmente hospitalocêntrico.

Esse pensamento parte de um modelo proposto por um pesquisador social e educador norte-americano de origem judia chamado Abraham Flexner. Em 1910, Flexner publicou o livro *Medical Education in the United States and Canada* (FLEXNER, 1910), documento que ficou conhecido como *Flexner Report*, ou Relatório Flexner. O modelo biologicista flexneriano (MBF) foi fruto de uma pesquisa encomendada pela *Rockefeller Foundation*, que em 2010 comemorou seu centenário.

O relatório em questão desencadeou profunda reforma no ensino médico na América do Norte que, estendendo-se a outros campos de conhecimento, consolidou a arquitetura curricular que hoje predomina na rede universitária dos países industrializados. (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 1).

Em alguns países norte-americanos, o centenário da reforma universitária na área da saúde foi comemorado pelos critérios de cientificidade e institucionalidade para

62

regulação da formação acadêmica e profissional no campo da saúde. “No Brasil, nem de longe se constata entusiasmo ou mesmo respeito perante esse marco histórico centenário.” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2).

Pesquisadores brasileiros, a exemplo de Almeida Filho (2010), descrevem a reforma desencadeada a partir do Relatório Flexner como desastrosa para o ensino e, conseqüentemente, para a produção da saúde. Na contemporaneidade, já temos muitos avanços, porém a análise do documento, do ponto de vista conceitual, apresenta uma visão exclusivamente biologicista da doença, negando a determinação social da saúde. Do ponto de vista pedagógico, o documento é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização. No relatório, a profissão médica parte de uma formação laboratorial no ciclo básico e formação clínica em hospitais, bem como do estímulo à disciplinaridade, que é uma abordagem reducionista do conhecimento. Do ponto de vista da prática de saúde, dele resulta uma educação superior elitizada, que subordina o ensino à pesquisa, fomenta a mercantilização da Medicina, a privatização da atenção em saúde e o controle social da prática pelas corporações profissionais.

[...] o modelo tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime. Do ponto de vista político, por ter sido implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar, o modelo flexneriano de ensino e de prática mostra-se incompatível com um contexto democrático e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população. (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 1).

Assim, a Medicina científica se institucionalizou através da ligação orgânica entre

o grande capital, a corporação médica e as universidades. “Este novo paradigma determinou mudanças substantivas no objeto, nos propósitos, nos recursos e nos agentes da Medicina, levando à configuração de um marco conceitual, que passa a referenciar a prática e a educação médicas.” (MENDES, 1986 apud ALMEIDA FILHO, 2010, p. 540).

Em suma, ao contrário da aura de herói intelectual da Medicina contemporânea, como querem alguns autores, Abraham Flexner, para Almeida Filho (2010, p. 2), “[...] deve ser denunciado como intelectual orgânico da dominação econômica, política e

63

ideológica do capitalismo imperialista, sobretudo nos campos da educação e da saúde”. Aqui se configura uma proposição que se distancia do que entendo por uma formação humanizada.

Buscando ultrapassar esta noção fragmentada de entendimento do cuidado com a saúde humana, surge a necessidade de buscar uma visão holística do homem, em que os aspectos psicológicos e sociais, intrinsecamente vinculados aos aspectos biológicos, possam ampliar a capacidade de aprender. Em 1977, o psiquiatra George L. Engel pontuou, a partir de sua pesquisa, a necessidade de um novo modelo médico. Esse parece ter sido o impulso inicial para surgimento do modelo mais holístico de compreender o paciente e, portanto, direcionar uma nova prática clínica – o modelo biopsicossocial. Mais tarde, Engel (1982) questiona quem será o professor para esse novo modelo científico de olhar para o paciente e para a forma de produzir saúde. Percebo aqui uma justa preocupação, já que os profissionais médicos que atuavam no ensino da Medicina, além de não terem formação pedagógica, foram formados em um modelo tradicional, o modelo biomédico.

O modelo biopsicossocial é bastante utilizado nas reflexões e implementações de currículos para a área de saúde, sobretudo do curso de Medicina. Ele compreende a necessidade de olhar o ser humano de forma mais ampliada. Considera que a saúde do ser humano é resultado da interação entre a mente e o corpo. Esse modelo envolve o conhecimento de diversos componentes curriculares, principalmente aqueles que possuem um enfoque biológico, psicológico e social. Quanto aos componentes biológicos, parte da estrutura genética que o indivíduo traz e a expressão desses genes

ao longo da vida, respeitando as etapas do desenvolvimento, como é o caso de algumas especialidades médicas.⁶ Quanto aos componentes psicológicos, busca considerar as potenciais causas psicológicas para o surgimento das doenças, como as perturbações emocionais geradoras dos muitos transtornos. Quanto aos componentes sociais, considera os diferentes fatores sociais, situação socioeconômica e cultura, que influenciam na saúde dos indivíduos.

⁶ A exemplo da Gastropediatria para a criança, a Gastroenterologia para o adulto e o idoso e a Geriatria só para o idoso.

Para incorporar um modelo biopsicossocial ao fazer pedagógico, na formação dos profissionais, é necessário ressaltar as subjetividades dos professores, trazendo seus valores. Manen (1998) traz alguns valores dos mestres eficazes que nortearão nossa identificação a partir do discurso do professor, se ele se reconhece nestas demandas:

- a) Uma mente aberta: aprendizagem e adaptação são as duas partes mais importantes para ser um bom professor. Cada dia as experiências trarão novos e inesperados obstáculos para superar, e assim o professor deve ser capaz de adaptar e saber lidar com uma significativa quantidade de elementos adversos, sobretudo no início da carreira;
- b) Flexibilidade e paciência: interrupções durante a aula são muito comuns, por isso uma atitude flexível e paciente é tão importante, não apenas para ter seu nível de estresse saudável, mas também para que você possa controlar qualquer situação entre os estudantes que estão sob seus cuidados;
- c) Dedicção: ser professor gera grandes benefícios, como ter vários meses de férias. No entanto, essa profissão implica dedicação, por isso é necessário que você aprenda sempre, aprenda coisas novas, desenvolva novas habilidades e possa participar de cursos e seminários durante esse período de descanso;
- d) Atitude positiva: uma atitude positiva irá ajudá-lo a saber como lidar e agir com os vários problemas que os estudantes podem ter ou expressar; e) Altas

expectativas: um professor eficaz deve ter grandes expectativas, por isso todo dia ele deve motivar seus alunos a se esforçarem cada vez mais.

Perscrutar esses valores nos relatos dos professores, bem como entender como eles são construídos durante a formação do profissional médico, foi um dos caminhos que percorri no decorrer desta pesquisa.

65

4 DESCRIÇÃO ANALÍTICA DO CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Neste capítulo, trago a abordagem metodológica e as estratégias, bem como os participantes e a condução do tratamento dos dados.

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Aqui trago os caminhos percorridos até antes dos tratamentos dos dados.⁷ Considerando o interesse desta pesquisa por compreender a natureza relacional entre a ação pedagógica e as concepções dos professores sobre os movimentos de humanização na graduação em saúde, tanto no contexto da formação de profissionais de saúde quanto acerca da repercussão das situações dilemáticas vividas em sala, utilizei como estratégias de produção dos dados a análise das ementas dos seis componentes curriculares de Humanismo do curso de Medicina, e entrevista semiestruturada para seus respectivos professores, além da apresentação de um incidente crítico.

Numa perspectiva fenomenológica de análise, no viés da compreensão mais aprofundada dessas significações dos professores de “Humanismo, Epistemologia, Psicologia e Ética Médica”, do curso de Medicina do Centro Universitário Faculdade de Tecnologia e Ciências (UniFTC), que atuam neste componente curricular desde 2016, quando do início do meu doutoramento, importa ressaltar que “o método fenomenológico desloca-nos a atenção para o domínio de uma autêntica objetividade, imanente à própria consciência intencional” (TOURINHO, 2010, p. 389). Portanto, a lógica qualitativa, voltada para a apreensão dos sentidos e significados assumidos pelos participantes

sobre os fenômenos em estudo, orientou a produção dos dados. Chamaremos o componente curricular de Humanismo, embora saiba que em sua nomenclatura estejam também registradas a Epistemologia, a Psicologia e a Ética Médica. O método fenomenológico nos convida a focar o olhar no que origina os fatos e percepções relatadas, esse é o genuíno convite da fenomenologia às ciências humanas. Tomo aqui

⁷ A aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética foi registrada como CAAE 11343119.0.0000.5032.

emprestado essas percepções para estudo de aspectos humanos e subjetivos envolvidos na formação do profissional de saúde (TOURINHO, 2010).

A abordagem qualitativa favorece a compreensão de situações complexas nas quais se evidenciam desafios, dilemas e situações inexploradas e inesperadas, facultando um conhecimento mais aprofundado das realidades investigadas e explicitando singularidades e contradições que possivelmente ocorrem no interior de grupos sociais (BOGDAN; BIKLEN, 1994). De fato, a abordagem qualitativa permite “[...] compreender a trama intrincada do que ocorre numa situação microsocial” (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 7). O percurso qualitativo garante o registro e a transcrição fiel das narrativas, reconhecendo o papel estratégico do pesquisador na condução da investigação. Além disso, com a pesquisa qualitativa, ganhamos em profundidade da análise subjetiva dos dados produzidos. Estudos com metodologia qualitativa partem da suposição de que a análise fenomenológica seja uma perspectiva adequada de análise, quando se trata de fenômenos singulares e dotados de certo grau de ambiguidade (NEVES, 1996), como esta pesquisa, que busca compreender como se dá a construção de subjetividades.

A afinidade desta pesquisa com a abordagem qualitativa se expressa ainda em outros aspectos essenciais, como: adoção do ambiente natural como fonte direta de produção de dados; compromisso do pesquisador de promover condições objetivas e subjetivas que facilitem a expressão autêntica e espontânea dos participantes (BOGDAN; BIKLEN, 1994); investimento no protagonismo dos participantes da pesquisa, explorando os significados e sentidos que conferem aos que realizam e ao contexto ao qual pertencem, mas preservando suas identidades; esforço por analisar os

dados de maneira indutiva, sem a preocupação de conferir uma hipótese prévia, como é o caso da formação dos movimentos de humanização na formação superior em saúde, objeto desta pesquisa – especialmente no que concerne às representações dos participantes sobre os desafios dos atos pedagógicos e suas relações com as experiências pedagógicas por eles assumidas.

67

4.2 ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DOS DADOS

Acerca dos dados pesquisados, cabe inicialmente explicitar o sentido do uso da expressão “construção dos dados”. O termo “coleta” é usualmente utilizado em pesquisa qualitativa e aparece constantemente em manuais de metodologia de investigação. Entretanto, uma análise crítica desta terminologia, com inspiração em uma perspectiva epistemológica de base construtivista, sinaliza que, subjacente a ela, está a ideia de existência prévia dos dados que se encontram disponíveis para o pesquisador. Todavia, especialmente na área de Ciências Humanas e da Educação, é imperativo reconhecer que: “O mundo é socialmente construído – o que sabemos acerca do mundo envolve sempre um conhecedor e aquilo a conhecer. O modo como o conhecedor constrói o conhecido constitui o que entendemos por realidade.” (KINCHELOE, 2006, p. 10). Logo, o conhecimento não provém nem das estruturas internas do ser humano, nem dos objetos que a priori se constituem externamente a ele. O conhecimento resulta, principalmente, da interação entre o sujeito e o objeto, interação na qual um e outro se engendram mutuamente (PIAGET, 1983), daí a clareza de que os dados foram construídos na relação pedagógica que se estabeleceu entre entrevistador e entrevistado, envoltos nas mais diversas percepções sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre os movimentos de humanização na formação do profissional médico.

Também realizei análise documental, esta que é, conforme Bardin (2011), uma operação ou conjunto de operações que visam representar o conteúdo de um documento em uma forma diferente do original, a fim de facilitar, em um período posterior, a sua consulta e referência. O objetivo da análise documental foi identificar informações que sirvam de subsídio para responder questões de pesquisa. A análise documental deve ser adotada quando a linguagem e o conteúdo utilizados nos

documentos constituem-se elementos fundamentais para a investigação.

Nesta pesquisa, além da matriz curricular (Anexo A) contida no PPC, publicado em 2016, analisei os planos de ensino dos componentes curriculares de “Humanismo, Epistemologia, Psicologia e Ética Médica” ministrados do primeiro ao sexto semestre do curso.

68

A relevância da análise documental aqui proposta se explica na medida em que, no desenvolvimento dos componentes curriculares, a abordagem de questões socioculturais é viabilizada através da interação entre professores e estudantes. Os planos de ensino do componente “Humanismo, Epistemologia, Psicologia e Ética Médica” são documentos que representam um grande ponto de partida para uma formação mais humanizada do profissional médico, por serem apresentados aos professores como balizadores para as situações pedagógicas que serão desenvolvidas através dos atos pedagógicos no espaço-tempo de cada interação, nos componentes curriculares de Humanismo. Embora tais documentos possam ser vivificados através de diferentes abordagens na utilização de um mesmo plano de ensino, nesta pesquisa busco trazer uma análise enquanto documento apresentado ao professor, com uma determinada função pedagógica. A percepção dos professores quanto aos atos pedagógicos que dão vida aos planos de ensino é objeto de estudo desta pesquisa.

A produção dos dados ocorreu através de entrevista semiestruturada e análise de situações dilemáticas. A entrevista semiestruturada, de natureza interativa e especulativa, facultou a aproximação do pensar, sentir e agir de um número reduzido de respondentes – oito professores do componente de Humanismo, do curso de Medicina. Cada entrevista transcorreu numa interação verbal conduzida de maneira flexível, como sugere Savoie-Zjac (2000). Por ser um dos instrumentos da abordagem qualitativa, foi um processo que privilegiou a narrativa dos professores. Entretanto, um dos professores se mostrou claramente desconfortável em falar sobre Humanização, justificando que não concorda com esse termo, e sugeriu, logo no início da entrevista, falarmos de “Interação Médico-Paciente”. Para ele, o profissional médico é, antes de tudo, um profissional humanista, o que torna desnecessário falar sobre humanização. Percebi que o sentido de falar em “interação médico-paciente” tem o mesmo sentido do que estamos tratando

aqui como Humanização, daí, neste caso, em todas as questões que seguiram no roteiro, mudei o termo humanização para “Interação médico-paciente”, ou busquei traduzir como interação entre profissionais da equipe de saúde, procurando entender como se dá para esta professora a formação de um ser humano mais empático, solidário e que respeite os princípios do SUS e da PNH

69

Como ferramenta que favorece a comunicação verbal, as entrevistas foram compreendidas como uma conversa entre professores. Todos os professores concordaram em gravar, e não percebi constrangimento quanto a isso.

As narrativas possuíam muitas unidades de sentido, cujos componentes foram concebidos como partes interligadas de um conjunto, pois todos são professores do mesmo componente curricular, ainda que em semestres distintos. Cinco dos oito entrevistados já ministraram esse componente curricular em semestres distintos. Busquei não desvirtuar o sentido trazido pela construção e sequência de pensamentos dos professores, embora reconheça que conduzi duas entrevistas com alguma tensão em trazer os tópicos pré-estabelecidos para o momento da entrevista. Numa delas encontrei resistência ao falar sobre o sentido do termo “humanização” para o professor, como referido acima, e em outra foi bastante desafiador perceber que o professor não aprofundava a narrativa.

Cada entrevista foi conduzida como diálogo/conversa. Minayo (2010, p. 64) descreve que a entrevista semiestruturada “[...] tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender exclusivamente à indagação formulada”. Essa modalidade me permitiu apresentar outras questões, de acordo com o curso da entrevista, dependendo das narrativas dos professores. Assim, favoreceu a obtenção da riqueza de detalhes nas narrativas, articulando capacidade de relativização, escuta, intervenção e respeito às subjetividades dos professores, como sugerido por Ludke e André (1986). A condução de cada entrevista foi facilitada por um guia composto por três blocos (Apêndice B) divididos em doze tópicos. Esta organização em blocos demonstra os momentos significativos para compreender o processo de construção das subjetividades dos professores e como eles atuam. No primeiro bloco, busquei fomentar um momento em que o professor trouxesse sua percepção acerca das Diretrizes

Curriculares de Medicina e dos documentos que regulam a formação do profissional médico. Aqui também questionei acerca das suas percepções sobre humanismo. No segundo bloco, o foco esteve nos relatos acerca dos valores e atitudes requeridos para a formação do profissional médico, desde a sua formação inicial, passando pelas relações estabelecidas entre eles, até o contexto atual como professor de Humanismo. No terceiro bloco, foquei especificamente nas atuações em diversas situações

70

pedagógicas criadas a partir do componente de Humanismo. Solicitei que trouxessem exemplos de movimentos de humanização que lhes chamaram mais atenção. Em seguida à entrevista, fiz a leitura de duas situações dilemáticas⁸(Apêndice C) e questionei acerca da percepção sobre a descrição da situação. Por vezes, ainda questionei, quando percebi uma descrição superficial, como seria possível aquela construção durante a formação. As entrevistas tiveram entre quarenta minutos e uma hora e meia de duração.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram sete professores de uma Instituição de Ensino Superior privada na cidade de Salvador, Bahia. Embora tivéssemos professores e professoras, iremos citar todos os entrevistados como “Professor”, para preservar uma possível identificação. Não identificarei aqui a área específica da atuação de cada professor, também buscando preservar uma possível identificação. A maioria das entrevistas ocorreu nas salas de aula ou nas salas dos professores. Todos esses professores ministram o componente curricular “Humanismo, Epistemologia, Psicologia e Ética Médica”, pelo menos a partir do ano de 2016, ano de início do meu doutoramento, e todos estavam atuando no semestre da produção dos dados – 2019.1, o critério de inclusão para a escolha dos professores na pesquisa. Os componentes curriculares e seus respectivos professores são o maior interesse para esta pesquisa, por abordarem especificamente conteúdos sobre Humanismo e, assim, poderem contribuir de forma mais direta com reflexões de grande potencial para o desenvolvimento do profissional médico mais humanizado, ou seja, com valores e

atitudes que possam resultar em ações adequadas e coerentes com sua função profissional.

A primeira dificuldade encontrada para o momento da entrevista foi quanto ao horário e local adequados para cada entrevista, que tiveram duração entre quarenta minutos e uma hora e meia. A maioria dos entrevistados tinha formação em Medicina.

⁸ Situações dilemáticas referem-se a descrições que trazem dilemas pedagógicos capazes de instigar análises críticas, neste caso, relativas à formação em saúde.

71

Quadro 1 – Professores entrevistados e formação médica ou não médica.

| Professores | |
|-------------|------------|
| Codínome | Formação |
| Topázio | Médico |
| Rubi | Não Médico |
| Turmalina | Não Médico |
| Ágata | Médico |
| Ametista | Médico |
| Safira | Médico |
| Diamante | Médico |

Fonte: Elaborado pela autora desta tese.

Os entrevistados foram nomeados com os nomes de pedras preciosas, como está especificado no quadro 1.

Topázio ministra o componente de Humanismo e acompanha estudantes no internato. Este professor concedeu a entrevista em um consultório médico da clínica da UniFTC e relatou várias passagens da sua trajetória na formação em Medicina. Para

ele, a disciplina de Humanismo seria muito mais aproveitada se estivesse mais interligada às demais disciplinas, tornando os temas tratados de maneira mais próxima da vivência do estudante, principalmente às disciplinas práticas, o que tenta fazer na condução da disciplina de Humanismo, bem como em relembrar as temáticas na preceptoria.

Relatando ter demonstrado interesse pela Humanização desde o início da sua formação Rubi - não médico, descreveu que seu interesse por uma formação mais humanizada cresceu após ter cursado uma disciplina no programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade, da UNEB –, falou que aprendeu pelo exemplo com uma professora muito implicada no que fazia: professora Sandra Soares. Ao final da entrevista, relatei que a professora Sandra foi minha primeira orientadora do Doutorado, e que essa feliz coincidência demonstrava nosso interesse convergente quanto ao importante tema da empatia no processo de ensino e aprendizagem. Ao longo da

72

entrevista, evidenciou seu interesse em continuar fazendo da sua prática pedagógica sua realização pessoal, com a atuação pedagógica voltada para a construção de um profissional mais humanizado. No curso de Medicina, este professor só ministra Humanismo.

Reencontrei um colega do mestrado, na entrevista com Turmalina, estávamos nos sentindo numa conversa em que a sinceridade do riso e do momento de lembranças mais sérias se deu num clima de muita cordialidade e cumplicidade. Este professor traz um entusiasmo e uma maneira de ver a formação que é muito peculiar, por se tratar de um profissional com bastante experiência em pesquisa qualitativa. Este professor relata sua grande responsabilidade em trazer para a prática os elementos-chave para levar o estudante a questionar seu processo de formação, o que enriqueceu muito a qualidade do relato. Este professor ministra a disciplina de Humanismo do primeiro ao terceiro semestre, dividindo com os demais professores, já que são muitas turmas.

Demonstrando bastante alegria, Ágata relembrou sua trajetória na formação em Medicina na década de 1960, quando entrou no curso com o sonho de ajudar as pessoas a se curarem, principalmente dos problemas psiquiátricos, inspirado no

propósito de curar alguém muito importante da sua vida. Como um dos princípios da entrevista semiestruturada é a abertura para a livre manifestação do entrevistado, no encontro, o foco dado pelo professor foi na experiência de ser um bom professor e nas implicações da responsabilização profissional pela formação ética dos estudantes.

No seu consultório, Ametista concedeu a entrevista com horário marcado. Ele relatou que o tema “humanização” na formação é muito caro a ele. Durante toda a entrevista, se mostrou bastante interessado em aprofundar os estudos, realizando no futuro, por exemplo, um doutorado com assunto que integre a temática do humanismo.

A entrevista com Safira, um médico, foi a mais desafiante, visto que logo no início o professor deixou claro que não gosta do termo “humanização”, que este termo é “desnecessário”. Para ele, todo curso de Medicina forma naturalmente um profissional humanista. Ao longo da entrevista, entendi que o sentido que ele dava ao que chama de “relação médico-paciente” é o que estamos buscando compreender nesta pesquisa. Assim, toda a entrevista transcorreu falando de “relação médico-paciente”, em vez de falarmos de humanização. Muito centrado no propósito de deixar claro que não ministrava

73

aulas de humanismo, mas sim de outra área, ressaltava que era a área em que se identificava e tinha muito a contribuir para a formação do profissional médico. Este médico é também preceptor do internato como alguns dos entrevistados. Aqui está uma dificuldade a ser avaliada pela Instituição, pois, na turma assumida por esse professor, apesar de ter o nome de Humanismo, Epistemologia, Psicologia e Ética Médica, não serão tratados os temas relativos à humanização.

Com Diamante, a entrevista fluiu com muita empolgação, já que este professor expressa uma simpatia muito peculiar ao falar de suas práticas de sala de aula, bem como traz muitos exemplos provenientes de outra formação. Este professor comunicou que dali a três dias seria sua colação de grau em uma terceira graduação, área que buscou em razão do interesse de fundamentar sua prática e complexificar sua visão de mundo. Para conseguir horário para essa entrevista, fiquei aguardando o final de sua aula, e foram perceptíveis o interesse e a alegria dos estudantes ao cumprimentarem o professor. Em uma das provocações acerca da sua atuação, ele relatou que já foi

homenageado muitas vezes, apesar de ser professor dos anos iniciais da formação, visto que ele sempre pensou que os professores dos anos iniciais, naturalmente, seriam “esquecidos” na escolha dos homenageados. Esta foi uma entrevista que escutei muitas vezes, revivendo cada uma das nossas reações. Um momento muito prazeroso. Este professor ministra, além de Humanismo, outros componentes no curso de Medicina.

Um dos professores entrevistados foi o idealizador da introdução dos componentes de humanismo na matriz curricular do curso do primeiro ao sexto semestre; ele também foi o primeiro professor de Humanismo, fato do qual se orgulha muito. Um dos entrevistados se formou na UniFTC e logo após foi convidado a prestar seleção para ministrar a disciplina de Humanismo.

4.4 TRATAMENTO DOS DADOS

O desenvolvimento institucional dos componentes curriculares é programado a partir dos Planos de Ensino. No curso de Medicina da UniFTC, os planos foram elaborados inicialmente quando da aprovação do curso e vêm sendo modificados a partir da análise dos professores que ministram as disciplinas, bem como a partir das

74

reformulações curriculares. Como os planos dos componentes curriculares do Núcleo de Humanismo são os que mais se aproximam de uma formação para a autonomia, para a ética e para a solidariedade, foram escolhidos neste estudo. A última reformulação foi feita em 2016.2, quando foi estabelecido que as disciplinas de humanismo seriam dispostas na matriz do primeiro ao sexto semestre, como dito anteriormente. Assim, o plano do semestre anterior é entregue a cada professor, antes que assumam a sala de aula, para que sejam analisados, com possibilidades de adequações, sendo que os itens Ementa e Objetivos não devem ser modificados. Os professores entrevistados relataram não ter modificado textualmente o plano neste semestre da entrevista, porém fizeram adequações na forma de avaliar.

Como contraponto a uma formação médica centrada na aquisição de competência técnico-científica de forma tecnicista, é de grande importância a inclusão de disciplinas de humanismo médico desde o primeiro semestre do curso, orientadas

pelo objetivo geral da formação. Na UniFTC, está descrita no PPC do curso, como objetivo geral da formação em Medicina (CENTRO UNIVERSITÁRIO FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS, 2016, p. 11):

Proporcionar formação nos aspectos biológicos, técnicos, humanísticos e sociais que compõem a ciência/arte médica, preocupando-se com o desenvolvimento equilibrado e ético do formando, com o crescimento de sua consciência de responsabilidade em relação ao indivíduo e à sociedade e com sua capacitação e autonomia para a pesquisa e o estudo.

Esse objetivo geral indica textualmente a intenção do curso em oferecer uma formação que integra as questões humanísticas. Os planos de ensino dos componentes “NHuPAC – Humanismo, Epistemologia, Psicologia e Ética Médica” trazem uma proposta de integração dos temas relativos à humanização que aumentam gradativamente em complexidade a cada semestre, tentando que o estudante seja desafiado a desenvolver valores e atitudes adequadas à formação do profissional médico. Assim, analisei os planos de ensino), comparando-os entre si, com os objetivos propostos no PPC e com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, quanto à humanização.

Para melhor análise, as entrevistas semiestruturadas foram gravadas – o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) encontra-se no Apêndice A –, analisei

75

buscando compreender os sentidos e significados sinalizados, possibilitando a interpretações que traduzam as representações dos participantes.

O tratamento dos dados foi inspirado na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011) a partir dos dados produzidos nas entrevistas. De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Os dados das entrevistas foram analisados com o intuito de propiciar o agrupamento dos dados que possuíam conteúdos semelhantes. Para tanto, primeiro foi necessária uma leitura e releitura das transcrições, bem como escutar algumas vezes as gravações das entrevistas para compreensão dos sentidos e significados sinalizados nos dados e possibilitar uma interpretação dos dados que traduzisse as representações

dos professores entrevistados.

O curso de Medicina da faculdade analisada traz, em sua matriz, disciplinas de Humanismo, porém muitas questões estão envolvidas, muitas fragilidades e *nuances* pertinentes às percepções dos professores, e as ações pedagógicas de cada um deles precisam ser desnudadas. Pesquisas qualitativas podem e devem buscar revelar essas dimensões da formação profissional.

Esse cenário revela a relevância do problema desta pesquisa. Diante disso, elenquei três questões a serem discutidas no capítulo 5 a partir dos resultados encontrados.

Nesta pesquisa, busquei também identificar as concepções dos professores acerca do ensino de humanismo na área de saúde; bem como analisar como as concepções dos professores percebem que o ensino do componente Humanismo, Epistemologia e Ética Médica potencializa o processo de formação do profissional médico.

4.5 CENÁRIO DOCUMENTAL DA PESQUISA: AS DCNs E O COMPONENTE HUMANISMO DO PRIMEIRO AO SEXTO SEMESTRE NO CURSO DE MEDICINA DA UNIFTC

76

Nesta sessão, trago o cenário documental da pesquisa, a partir da percepção dos entrevistados acerca das DCNs de Medicina, e os planos ensino do componente humanismo do primeiro ao sexto semestre no curso de medicina da UniFTC,

Como descrito no capítulo 2, o PPC de Medicina da UniFTC explicita a proposta de uma formação humanista, que seja capaz de alicerçar práticas profissionais. Esta proposta tem como base a indicação de inclusão do Humanismo na formação, prescrita nas DCNs de Medicina. Esses documentos que regulam a formação superior do profissional médico, como as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina (revisadas em 2014) e o Projeto Pedagógico do curso (revisado em 2016), são muito importantes para que o professor avalie semestralmente seu plano de ensino e conduza as situações pedagógicas, sobretudo porque, na atualidade, trazem necessariamente,

dentre muitos outros aspectos, a importância de atentar para a humanização na formação profissional.

Cinco dos sete professores não entendem o significado epistemológico de uma DCN, a natureza e objetivos deste documento pertinente ao curso de Medicina. As diretrizes curriculares são orientações da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação - CES/CNE, para a elaboração dos currículos, que devem ser necessariamente respeitadas por todas as instituições de ensino superior, visando assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes. (BRASIL, 2014)

Também cinco dos oito professores não conheciam o PPC, o que torna a relação do professor com o componente curricular muito desvinculada do todo do curso, já que os componentes curriculares são pensados de forma complementar. Essas duas constatações evidenciam que as experiências pessoal e profissional se tornam a condução do componente curricular de humanismo. Essa tendência diminui o caráter de complementariedade deste componente quanto ao restante do currículo.

Quatro dos sete professores relataram que não utilizam o plano de curso para acompanhar e desenvolver as atividades no componente curricular. No decorrer do semestre, mesmo que o professor tenha feito uma consulta inicial para entender a ementa, os objetivos, as competências, o método e as propostas de avaliação, este documento não representará toda a potência proposta para cada componente.

77

Ficou evidente que a leitura das DCNs e do PPC do curso não são imprescindíveis para a atuação de alguns professores. O conteúdo “Humanismo” na formação médica atual é uma recomendação das DCNs, assim como o estudo das especialidades médicas, sendo que cada pessoa/professor traz representações próprias, baseadas na sua trajetória profissional e pessoal. Por serem temas subjetivos, a condução destes assuntos nos diversos componentes fica à cargo da coordenação do curso, que faz a mediação com os professores, nas relações pedagógicas.

As relações pedagógicas são balizadas pelas concepções e intencionalidades dos atores. Para a fenomenologia, a intencionalidade é a estrutura prévia, ou seja, o que se manifesta para cada um nas diversas situações pedagógicas. À proporção que

as interações ocorrem, os atos pedagógicos evidenciam a potência formativa para um profissional médico humanista.

Tradicionalmente, o ensino médico traz uma prática com ênfase no domínio de conhecimentos técnicos, que geram práticas instrumentalizantes e que explicitam uma concepção de humanismo restrita ao acesso cognitivo da produção de saúde. Aqui, o médico trata o paciente voltando o olhar para a sua patologia, reduzindo o nível de interação. Nesse caso, os valores geram atitudes de valorização da cognição técnica do futuro médico em detrimento da relação afetiva com o paciente. Já os atos pedagógicos envolvidos com competências socioafetivas, embora reconheçam a necessidade dos conhecimentos técnicos e do domínio instrumental, percebem a saúde como algo mais complexo e incluem a interação e o afeto como parte da produção de saúde, comprometidos com a importância da valorização das subjetividades estarem presentes na formação.

Soares, Fornari e Machado (2017) chamam atenção para a importância das competências socioafetivas além das competências cognitivas.

[...] quem em sua consciência pode achar que todos os médicos, pelo simples fato de serem portadores de diplomas emitidos por uma instituição universitária e avaliados pelo Conselho de Medicina, construíram as mesmas competências em seus processos formativos? [...] a competência comunicativa e relacional, incluindo a disposição e a capacidade de escutar o problema trazido; a competência de buscar os conhecimentos teóricos e práticos necessários para construir soluções inteligentes e eficazes para novos problemas. Logo, estamos falando de competências cognitivas, socioafetivas e profissionais refinadas e exigentes. (SOARES; FORNARI; MACHADO, 2017, p. 7).

78

Um dos elementos necessários à formação de um profissional é o conhecimento das DCNs, específicas do curso. Seria interessante compreender a base epistemológica de uma Diretriz Nacional específica, bem como os princípios básicos que regem a profissão, descritos no documento. Os professores, em falas acerca do conhecimento das DCNs e sua importância para o curso de Medicina, expressam, em sua maioria, pouco ou nenhum estudo acerca das DCNs, o que indica que a leitura das DCNs não é imprescindível para a sua atuação como professor do curso, como revela a fala de Topázio, se referindo às DCNs de Medicina:

É um assunto que eu não tenho tido muito contato, sabe? É uma coisa que aqui a gente não aborda muito e também eu não procurei saber como eram as diretrizes fora da faculdade. (Topázio)

Quando os professores revelam ter conhecimentos de base epistemológica, ou seja, têm ciência da natureza do documento, sua importância, os princípios que ali estão descritos, mas não têm leitura do texto, expressam saber o valor das DCNs, porém não se dedicaram a fazer a leitura do documento, manifestam, ainda assim, certa confusão ao expressar sua percepção acerca das diretrizes, como demonstrado na fala do Rubi:

Tenho conhecimento, mas não li com tantos detalhes não, sei que existem alguns eixos e um direcionamento para o SUS... para instrução do profissional que seja apto para atuar no sistema de saúde. (RUBI)

As DCNs do curso de Medicina foram elaboradas com o objetivo de orientar os professores para a sua participação como formador do profissional médico. Essa ausência de contato com o sentido e a importância do texto e seu conteúdo certamente fragiliza a potência formadora das disciplinas que os professores ministram. Alguns professores relataram não ter lido o texto das diretrizes, e, mesmo os que leram, não se aprofundaram, discutindo sua importância.

A fala de Safira é totalmente destoante quanto ao texto das DCNs. Denuncia as diretrizes como “altamente prejudiciais à Medicina”. Quando comenta acerca da humanização no texto, este professor é bastante contundente:

79

Elas não visam uma humanização verdadeira, não tem nada de humanização nessas diretrizes, você tem direito dos índios, dos trans, da população ribeirinha, agora, direito a um atendimento médico digno, não tem em lugar nenhum. Em Medicina, para você ter um atendimento médico digno, você tem que ter uma boa relação médico-paciente, um bom conhecimento médico e bons insumos. Nada disso você faz lendo o código de ética médica, nada disso você faz estudando direitos humanos ou arte, você tem que estudar Medicina, você tem que ter uma boa prática supervisionada para ter uma boa relação médico-paciente, e tem que ter condições de trabalho. (SARIFA).

Essa fala demonstra grande indignação quanto ao conteúdo das DCNs atuais de Medicina. Safira relata que, juntamente com dois outros médicos de outros estados brasileiros, elaborou uma versão comentada dos DCNs e enviou para a Associação

Brasileira de Psiquiatria e para o Conselho Federal de Medicina. Comentando acerca de sua percepção sobre a formação geral do profissional médico, e ainda demonstrando indignação, ele tece uma crítica contundente à forma com que o texto aborda as equipes multidisciplinares, quando diz que as DCNs

São direcionadas a fazer o estudante pensar que ele pode ser substituído, ou que o saber dele pode ser substituído por qualquer outro profissional de saúde, o que não é verdade. Assim como um enfermeiro não pode ter o seu saber substituído pelo médico, vice-versa, mas durante todos esses governos anteriores, principalmente o governo, se eu não me engano era da Dilma, já em 2014, todo direcionamento para as equipes de saúde preconiza uma espécie de 'geleia geral', em que cada membro da equipe poderia em princípio fazer qualquer coisa da atribuição de qualquer outro membro da equipe. Então, na verdade, você não tem uma equipe, você tem um coletivo, né? porque uma equipe mesmo você tem pessoas com qualificação e habilidades diferentes que se complementam, cada uma exercendo aquilo para o que foi formado, não é verdade? (SARIFA).

O trabalho em equipe é fundamental e não dilui as especificidades de cada área da saúde; este relato me parece um discurso muito simplificador. Seria necessário um estudo mais aprofundado e com capacidade de escutar algumas outras visões sobre a proposta do trabalho multidisciplinar na área de saúde.

Esse Professor faz uma comparação com as diretrizes anteriores, expressando sua concordância de que o texto daquelas diretrizes seria claramente mais adequado e pertinente a uma boa formação profissional, quando diz:

Se você ler as diretrizes, você não vai ver isso. Você vai ver que, ao contrário, quem fez as diretrizes pressupõe que a formação médica tradicional levaria a um

80

profissional arrogante, frio, e que para ser um bom médico tem, como a Dilma falou uma vez, tem que fazer carinho e botar no colo. (SARIFA).

E continua:

Vamos e convenhamos, eu sou super carinhosa com meus pacientes, com as famílias, mas eu estudo Medicina, porque, se você não souber Medicina, fazer carinho não vai melhorar a pessoa." (SARIFA).

Nas DCNs para o curso de Medicina não está a defesa de ausência de formação

técnica específica para as áreas de atuação do profissional. Está descrita a necessidade de implementar a humanização como pilar fundamental da atuação, o que concorda com as diretrizes do SUS e da PNH. Isto indica certa resistência de Safira ao conteúdo das DCNs. O artigo 5 das DCNs para o curso de Medicina traz:

Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

I - acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS);

III - qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes [...] (BRASIL, 2014).

As novas diretrizes para o curso de Medicina trazem avanços quanto à organização das cargas horárias e das diversas áreas da formação, bem como para uma formação mais humanizada, mas as análises são bastante variadas. Diamante ressalta alguns aspectos importantes das novas DCNs de Medicina quando diz:

Elas são muito explícitas e amarram bastante o planejamento do curso. Quando você fala, por exemplo, em carga horária, quanto deve ser destinado ao internato, quanto deve ser destinado especificamente à Medicina de família e comunidade, à saúde coletiva, urgência emergência; e nesse ponto é uma camisa de força. Nenhum curso do país pode deixar de cumprir esses critérios objetivos; e tem uma outra parte que é muito subjetiva, quer dizer, do jeito que o texto está escrito cabem muitas maneiras de fazer, e você pode defender que está observando as DCNs de maneiras diferentes. Então, assim... você pode optar por um modelo

81

em que as disciplinas nominadas explicitamente de acordo com algumas daquelas vertentes, ou você pode dizer que não, que dentro da caixinha x ou da caixinha y os conteúdos referentes àquela dimensão estão sendo trabalhados, mas sem colocar nome específico. Então, assim, a impressão que me dá é que as DCNs ainda deixam uma margem de arbítrio muito grande, de maneira que você pode ter cursos bastante diferentes na maneira como são planejados, na maneira como são executados, mas todos eles dizendo que estão conseguindo cumprir as diretrizes. (DIAMANTE)

Diamante deixa claro sua percepção de que as DCNs não “amarram” os princípios de humanização, tal como o fazem para as cargas horárias para as áreas específicas da profissão. Concordo com este professor quanto à ausência de determinação das cargas horárias, porém é preciso evidenciar que as DCNs trazem textualmente a necessidade de uma formação mais humanizada quando diz, ainda no artigo 5:

II – integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde. (BRASIL, 2014).

Contrariando todos os demais entrevistados, para Safira, a Medicina é eminentemente humanista, podendo ser conservada como está sendo feita, antes das últimas atualizações das DCNs:

não tem nada de humanização nessas diretrizes [falando das DCNs de Medicina], você tem direito dos índios, dos trans, da população ribeirinha, agora direito a um atendimento médico digno não tem lugar nenhum. Medicina...para você fazer um atendimento médico digno, você tem que ter uma boa relação médico paciente um bom conhecimento médico e bons insumos...nada disso você faz lendo o código de ética médica nada disso você faz estudando direitos humanos ou arte, você tem que estudar Medicina, você tem que ter uma boa prática supervisionada para ter uma boa relação médica médico-paciente e tem que ter condições de trabalho (SARIFA)

Este professor se refere ao termo Humanização na Medicina como algo incorreto, e incoerente, mas considera que a relação médico-paciente deve ser ministrada desde o início até o final do curso. Sua concepção de humanismo é descrita como sendo uma relação médico paciente eficiente. Ele não aprova as novas DCNs de Medicina em muitos aspectos, um deles é a terminologia Humanização. Ele sustenta que o curso de Medicina