

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

JAQUELINE SANTOS BARBOZA

**INTEGRAÇÃO DAS DISCIPLINAS DE HUMANIDADES EM
CURRÍCULOS MÉDICOS A PARTIR DE UMA ANÁLISE
DOCUMENTAL E OPINATIVA**

Alfenas/MG

2018

JAQUELINE SANTOS BARBOZA

**INTEGRAÇÃO DAS DISCIPLINAS DE HUMANIDADES EM
CURRÍCULOS MÉDICOS A PARTIR DE UMA ANÁLISE
DOCUMENTAL E OPINATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação (Mestrado) da Universidade Federal de Alfenas-MG, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Educação.

Orientadora: Dra. Helena M^a dos Santos Felício

Alfenas – MG

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central – Campus Sede

Barboza, Jaqueline Santos.

Integração das disciplinas de humanidades em currículos médicos a partir de uma análise documental e opinativa/Jaqueline Santos Barboza. -- Alfenas, MG, 2018.

93 f.: il. –

Orientadora: Helena Maria dos Santos Felício.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Alfenas, 2018.

Bibliografia.

1. Currículo. 2. Educação Médica. 3. Ciências Humanas. 4. Abordagem interdisciplinar do conhecimento na educação. 5. Educação em Saúde. I. Felício, Helena Maria dos Santos. II. Título.

CDD 375

Ficha Catalográfica elaborada por Fátima dos Reis Goiatá

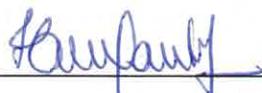
JAQUELINE SANTOS BARBOZA

“INTEGRAÇÃO DAS DISCIPLINAS DE HUMANIDADES EM CURRÍCULOS MÉDICOS A PARTIR DE UMA ANÁLISE DOCUMENTAL E OPINATIVA”

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestra em Educação pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Fundamentos da Educação e Práticas Educacionais.

Aprovado em: 12/07/18

Profa. Dra. Helena Maria dos Santos Felício
Instituição: Universidade Federal de Alfenas –
UNIFAL-MG

Assinatura:  _____

Profa. Dra. Miriam Monteiro de Castro Graciano
Instituição: Universidade Federal de Lavras –
UFLA-MG

Assinatura:  _____

Profa. Dra. Cláudia Gomes
Instituição: Universidade Federal de Alfenas –
UNIFAL-MG

Assinatura:  _____

*Ars totum requirit hominem.
[A arte exige o homem inteiro.]*

Dedico este trabalho àqueles que me fazem inteira.

AGRADECIMENTOS

Umberto Eco (2007) afirma que fazer uma tese significa aprender a pôr ordem nas próprias ideias e ordenar os dados. Como experiência de trabalho metódico, não importa tanto o tema da tese quanto a experiência de trabalho que ela comporta. A experiência de construção desta dissertação e o precioso percurso de autoconhecimento que ela proporcionou não teriam sido possíveis sem que houvesse pessoas competentes e amorosas ao meu lado. Teço aqui os mais sinceros agradecimentos.

À minha orientadora **profa. Dra. Helena Maria dos Santos Felício**, por me permitir conhecer os estudos curriculares e dar forma a algumas inquietações. Agradeço a acolhida, paciência e estimada disponibilidade em me conduzir nessa jornada.

Às professoras que compõem a banca de avaliação, **profa. Dra. Cláudia Gomes** e **profa. Dra. Miriam Monteiro de Castro Graciano**, por valiosas análises e contribuições por ocasião do exame de qualificação e nos muitos momentos em que me acolheram e me ajudaram a conduzir, não só este trabalho, como também o trabalho docente.

À minha família, em especial a meus pais **Domingos Hermínio Barboza** e **Cleide dos Santos Barboza**, fonte primeira de todo amor, por gestarem em mim a capacidade de amar, de cuidar e o desejo de ir além; a meu marido **Thiago da Silveira**, companheiro de todas as horas, por estar sempre ao meu lado suportando angústias e amparando-me com abraços carinhosos e animadores; a minhas filhas **Alice Barboza da Silveira** e **Elisa Barboza da Silveira**, minhas âncoras na terra, pela paciência com tantos momentos de impaciência e ausência, por quem desejo ser melhor sempre; a minhas irmãs **Amanda Santos Barboza** e **Ana Clara Santos Barboza**, espelhos de alma, mesmo com tantos desencontros, sempre presentes.

À **profa. Dra. Denise Amorelli Silveira**, por tantos anos ao meu lado, pela escuta profissional e humana, com quem sempre aprendo sobre mim e sobre a profissão que escolhemos. Sou grata de um modo indizível.

Aos colegas da segunda turma do PPGE-UNIFAL, por ricas aprendizagens em momentos de muita troca, em especial à amiga **Giovana Carine Leite**, uma amizade construída no interior do mestrado que levarei para a vida, sempre disponível com seu ouvido acolhedor e suas pontuações precisas.

À **UNIFENAS**, onde cresci como discente e agora como docente, há tanto tempo me acolhendo em tantas oportunidades. Agradeço ao curso de Medicina, em especial às colegas da disciplina de Anamnese Clínica e Psicossocial na Comunidade, **profa. Maristela Marinzeck Bueno Bareiro**, **profa. Msc. Carla Rosane Ouriques Couto**, **profa. Lisângela Bitencourt**,

profa. Lidiane Oliveira Vilela, profa. Rosane Abbade e prof. Tales Vilela Rocha, pelas relações cotidianas em torno da humanização – de nós mesmos e das práticas em saúde, minha gratidão pela amizade e pelo trabalho que realizamos juntos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação da Unifal-MG, pela disponibilidade e abertura ao diálogo sempre que solicitados.

Às alunas e aos alunos do curso de Medicina da Unifenas, pelas relações de aprendizagem, para quem cultivo meu trabalho.

Aos meus amigos da vida, companheiros de caminhada, por tanta luz e calor na jornada.

À arte de se construir uma dissertação.

A todas e todos que vieram antes de mim.

Aos que virão depois de nós.

RESUMO

Visando ampliar nosso olhar sobre os processos curriculares da educação médica, nomeadamente sobre a integração dos elementos humanísticos, este trabalho buscou compreender como as disciplinas de humanidades médicas se integram aos currículos dos cursos de Medicina, a partir de um recorte documental e opinativo. Para tanto, empregamos a metodologia mista de coleta e análise de dados, a fim de obter informações quantitativas e qualitativas. A análise documental delimitou uma amostra de 20 (vinte) projetos curriculares e suas ementas, enquanto a pesquisa de opinião coletou as percepções de 234 (duzentos e trinta e quatro) sujeitos sobre a integração das humanidades nos currículos médicos. O exame das humanidades a partir dos princípios da integração curricular em quatro níveis de articulação revelou que, em sua maioria, há escassa articulação horizontal (transversalidade e interdisciplinaridade), verticalidade (continuidade das experiências e complexidade gradativa dos conhecimentos), lateralidade (integração com o meio) e equilíbrio (representação quanti e qualitativamente harmoniosa). Os dados da pesquisa de opinião corroboram com a análise documental, porém, trazem uma perspectiva menos crítica em relação às humanidades médicas nos currículos dos respondentes. Os resultados evidenciam que, de modo geral, as humanidades médicas se articulam ainda de forma superficial aos currículos dos cursos de medicina, aproximando-se mais do conceito de inserção do que de integração. Contudo, alguns currículos analisados apresentaram importantes avanços e aproximações, a partir da inserção longitudinal de disciplinas das humanidades, inclusão temática em vários ciclos de aprendizagem, vinculação destas em módulos multidisciplinares e, de certa forma, um número considerável de disciplinas do campo. Acreditamos que o estudo contribui para a discussão das humanidades médicas, suas referências e temáticas, sua importância na educação médica e sua integração ao contexto em que situa. Evidenciamos, na teoria curricular, elementos que contribuem para a proposição de projetos curriculares que integrem, de fato, as humanidades em uma representação harmoniosa e justa, dando ao campo o espaço e a articulação necessários à sua efetivação como categoria de compreensão da concepção de homem e seus processos.

Palavras-chave: Currículo. Educação Médica. Ciências Humanas. Abordagem interdisciplinar do conhecimento na educação. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Aiming to broaden our perspective on the curricular processes of medical education, namely on the integration of the humanistic elements, this work sought to understand how the medical humanities disciplines are integrated into the curricula of medical courses, from a documentary and opinionated point of view. For this, we used the mixed methodology of data collection and analysis, in order to obtain quantitative and qualitative information. The documentary analysis delimited a sample of 20 (twenty) curricular projects and their menus, while the opinion survey collected the perceptions of 234 (two hundred and thirty-four) subjects on the integration of the humanities in the medical curricula. The examination of the humanities from the principles of curricular integration in four levels of articulation revealed that in the majority there is scarce horizontal articulation (transversality and interdisciplinarity), verticality (continuity of experiences and gradual complexity of knowledge), laterality (integration with the environment) and balance (quantitative and qualitatively harmonious representation). Opinion survey data corroborate with documentary analysis, but they bring a less critical perspective on the medical humanities in respondent's curricula. The results show that, in general, the medical humanities are articulated in a superficial way to the curricula of medical courses, approaching more the concept of insertion than of integration. However, some curricula analyzed presented important advances and approaches, from the longitudinal insertion of humanities disciplines, thematic insertion in several learning cycles, linking the themes in multidisciplinary modules and, to a certain extent, a considerable number of subjects in the field. We believe that the study contributes to the discussion of the medical humanities, their references and themes, their importance in medical education and its integration to the context in which it situates. In curricular theory, elements that contribute to the proposition of curricular projects that integrate the humanities in a harmonious and just representation, giving the field the space and the articulation necessary for its realization as a category of understanding of the conception of man and his processes.

Keywords: Curriculum. Medical Education. Human Sciences. Interdisciplinary approach to knowledge in education. Health education

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Caracterização da amostra <i>survey</i>	62
Gráfico 2 - Localização das disciplinas de humanidades nas matrizes curriculares analisadas	75
Gráfico 3 - Localização das humanidades somados os currículos analisados e a pesquisa de opinião	76
Quadro 1 - Aberturas de escola médicas no Brasil agrupadas em períodos histórico-políticos.....	42
Quadro 2 - Amostra selecionada para análise documental.....	59
Quadro 3 - Indicadores de análise qualitativa	60
Quadro 4 - Temáticas das humanidades nos currículos médicos analisados	64
Quadro 5 - Humanidades médicas em módulos multidisciplinares	70
Quadro 6 - Inserção longitudinal de uma disciplina humanística	72
Quadro 7 - Humanidades médicas em integração ensino-serviço-comunidade.....	78
Tabela 1 - Percepção da relevância das humanidades na formação médica	68
Tabela 2 - Percepção das humanidades como fundamentais à aquisição de habilidades	68
Tabela 3 - Percepção das experiências interdisciplinares.....	72
Tabela 4 - Percepção da longitudinalidade das humanidades	73
Tabela 5 - Percepção da articulação/transversalidade das humanidades.....	73
Tabela 6 - Percepção da concentração das humanidades por período.....	75
Tabela 7 - Percepção da presença das humanidades nos ciclos do curso.....	77
Tabela 8 - Percepção das humanidades na interação ensino-serviço-comunidade	79
Tabela 9 - Quantitativo de carga horária	80
Tabela 10 - Percepção da suficiência de carga horária das humanidades	82

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM	- Associação Brasileira de Educação Médica
ABRASCO	- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AMB	- Associação Médica Brasileira
ANM	- Academia Nacional de Medicina
APS	- Atenção Primária à Saúde
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEM	- Comissão de Ensino Médico
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CINAEM	- Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CONASP	- Conselho Nacional de Assistência Social Previdenciária
CPC	- Conceito Preliminar de Curso
DCN/Medicina	- Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina
EBC	- Educação Baseada na Comunidade
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
MCP	- Medicina Centrada no Paciente
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
MS	- Ministério da Saúde
NSE	- Nova Sociologia da Educação
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET-Saúde	- Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PNH	- Política Nacional de Humanização
PPC	- Projetos Políticos Pedagógicos
PROMED	- Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	- Programa de Reorientação à Formação do Profissional da Saúde
PSF	- Programa de Saúde da Família
REME	- Movimento de Renovação Médica
SUS	- Sistema Único de Saúde
USAID	- <i>United States Agency for International Development</i>
VER-SUS	- Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde
WFME	- <i>World Federation for Medical Education</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
1.1 O CURRÍCULO E AS TEORIAS CURRICULARES	17
1.2 DAS TEORIAS CURRICULARES AOS CURRÍCULOS MÉDICOS NO BRASIL ..	26
1.3 AS HUMANIDADES MÉDICAS	44
1.4 PRINCÍPIOS DA INTEGRAÇÃO CURRICULAR NA EDUCAÇÃO MÉDICA	49
2 PERCURSO METODOLÓGICO	56
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	56
2.2 PESQUISA DOCUMENTAL DE NATUREZA QUALITATIVA	56
2.2.1 Participantes da pesquisa documental	57
2.2.2 Tratamento e análise dos dados documentais	59
2.3 PESQUISA DE OPINIÃO DE NATUREZA QUANTITATIVA	61
2.3.1 Participantes da pesquisa <i>survey</i>	61
2.3.2 Tratamento e análise dos dados quantitativos	62
2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	63
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
3.1 HUMANIDADES NOS CURRÍCULOS MÉDICOS	64
3.2 INTEGRAÇÃO DAS HUMANIDADES NOS CURRÍCULOS MÉDICOS	69
3.2.1 Articulação horizontal	69
3.2.2 Articulação vertical	74
3.2.3 Articulação lateral	78
3.2.4 Equilíbrio	80
4 CONCLUSÕES	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXO	94

*Não serei o poeta de um mundo caduco
Também não cantarei o mundo futuro
Estou preso à vida e olho meus companheiros
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças
Entre eles, considero a enorme realidade
O presente é tão grande, não nos afastemos
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas
Não serei o cantor de uma mulher, de uma história
Não direi os suspiros ao anoitecer, não direi a paisagem vista da janela
Não distribuirei entorpecentes ou cartas de suicida
Não fugirei para as ilhas nem serei raptado por serafins
O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os homens presentes
A vida presente
(ANDRADE, 2012, p. 34)*

INTRODUÇÃO

O poema citado na epígrafe anuncia que à poesia e, por conseguinte, à arte interessa o tempo presente, o mundo em que vivemos com seus problemas e questões. A enorme realidade está conectada ao íntimo do poeta que se anuncia: o presente é tão grande que dele não devemos nos afastar. Os homens da ciência também são artistas, cujas obras não podem se abster da realidade e do presente, e é dessa forma que nos colocamos neste trabalho, em conexão e preocupação com as questões do nosso tempo.

O ensino em saúde tem se valido das teorias educacionais para analisar suas proposições, incrementar seus métodos e produzir resultados mais efetivos na formação para o trabalho em saúde. A análise curricular do ensino médico, por exemplo, tem se tornado expressivo campo de produções acadêmicas. A ideia de que o jovem na graduação médica está se preparando para lidar profissionalmente com vida e morte, saúde e doença, forças e fragilidades – um extenso campo de questões profundamente humanas tem sido o motor propulsor dessas discussões e mudanças, que buscam efetivar uma formação que mobilize, no jovem profissional, o desenvolvimento de um perfil crítico, humanista, capaz de atender e entender o processo saúde-doença-cuidado na integralidade das dimensões humanas.

Assim, o atual debate sobre a formação em saúde, em especial sobre a educação médica, reitera a necessidade de uma *práxis* no cuidado em saúde que considere o homem em sua complexidade e integralidade, contemplando os diversos aspectos biológicos, psicológicos, espirituais e sociais presentes no processo saúde-doença. As humanidades médicas são capazes de ampliar a formação nesse sentido, favorecendo um desenvolvimento profissional com elementos teóricos, técnicos e atitudinais que permitem ao futuro profissional um entendimento ampliado e aprofundado do homem, aproximando-o de uma medicina genuinamente centrada na pessoa.

Apesar do seu reconhecido valor para a formação médica, o ensino das humanidades ainda é comumente negligenciado nesses currículos (RIOS, 2010). Muito dessa secundarização se deve ao próprio processo de desenvolvimento do campo médico-científico, que provocou uma profunda cisão entre o que era considerado ciência (cartesiana, positivista e natural) e arte (humanismo). Há, no entanto, um movimento vivo de revalorização das humanidades nos currículos médicos, aliado à crescente compreensão de que essas disciplinas constituem ferramentas para uma formação e prática médica mais globais.

Por esses motivos e visando ampliar nosso olhar para o processo saúde-doença-cuidado no campo da educação médica, nomeadamente em seus aspectos humanísticos, este trabalho

aborda o currículo como centro da organização do ensino em saúde e das relações que se desenvolvem em torno dele. Nesse sentido, elencamos o currículo como objeto de estudo e buscamos responder à seguinte questão: *como as disciplinas de humanidades médicas se integram aos currículos dos cursos de Medicina?*

De modo geral, nosso objetivo é *compreender a integração das disciplinas de humanidades em currículos médicos a partir da perspectiva curricular integrada*. Especificamente, objetivamos: 1) Examinar a inserção das humanidades médicas em uma amostra de currículos dos cursos de Medicina; 2) Analisar as opiniões de docentes, discentes e coordenadores de curso médico sobre a integração das humanidades na educação médica; 3) Identificar a relação entre esses conhecimentos e os princípios da integração curricular.

A construção desta pesquisa e os questionamentos que ela busca responder fazem parte de um processo de contínua formação e desenvolvimento profissional, em que o caminho se encontra permanentemente aberto. A experiência da docência universitária na Medicina proporciona uma rica discussão na interlocução entre dois grandes campos de produção – educação e saúde.

Da formação acadêmica e clínica em Psicologia, carrego a percepção de um indivíduo que se reveste da amplitude e integralidade que lhe são inerentes: esse corpo, objeto da intervenção médica, tem psique – elementos afetivos, emotivos, cognitivos e espirituais. Assim, minha prática em saúde tem sido um trabalho de integração entre esses olhares – não há psique sem corpo, nem corpo sem psique, almejando romper com a fragmentação cartesiana hegemônica nas ciências da saúde. Assim, encontrei, na Saúde Pública, o espaço de atuação e discussão condizentes com o desejo de uma atuação socialmente engajada, que se traduz na defesa da saúde como direito básico, a ser garantida de forma integral integrada, traduzida nos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) e que me são bandeira de luta.

O campo da educação se impõe com o permanente desafio da construção de uma profissionalidade docente, ou seja, da mediação entre o conteúdo e o aprendiz – o ensinar enquanto função específica do professor. Construir diariamente essa profissionalidade implica em, primeiramente, reconhecer que não se trata tão somente de dominar um conteúdo, mas de aprender a fazer essa ponte e aprender a ensinar (ROLDÃO, 2005). Esse aprendizado tem sido fruto de constante reflexão, reavaliação e estudo na construção de um processo educativo de qualidade que não se abstém do autoconhecimento necessário ao exercício dessa tarefa. Também como agente de saúde não me abstenho do debate da ampliação da educação enquanto movimento promotor de saúde coletiva e de qualidade de vida.

Nesse processo de pensar e repensar a educação e a saúde, conheci o campo do currículo e o compreendi como elemento central em torno do qual se desenvolve o processo educativo – consequentemente, o elemento fundante da atividade docente. A partir dos estudos curriculares, fui dando formato às reflexões sobre as possibilidades de transformação da educação em saúde e lancei um novo olhar à educação médica, lócus da minha docência e desta pesquisa.

Assim, esperamos com este trabalho contribuir com o debate sobre a formação superior em saúde, em especial na Medicina, assumindo o currículo como elemento central dessa discussão pautada na teorização produzida no interior do campo da educação. Propomos um referencial teórico que nos permite analisar e compreender criticamente, não só os aspectos explícitos do currículo, como o conteúdo e a metodologia, mas também os elementos que dizem respeito ao porquê de determinadas formas de organizar o conhecimento no currículo (FELÍCIO, 2008; MOREIRA; SILVA, 2002) e organizamos este trabalho em quatro capítulos.

O primeiro capítulo apresenta a fundamentação teórica da pesquisa, que discute as definições do campo e das teorias curriculares, elucidando as concepções críticas que sustentam este estudo. Avançamos para a caracterização das discussões curriculares na educação e do ensino médico no Brasil, abordando elementos que contribuem para a compreensão do cenário desta pesquisa. As discussões em torno das humanidades médicas elucidam os conceitos com os quais analisamos os currículos, bem como os princípios da integração curricular, que são apresentados como referencial integrador a partir do qual procedemos a análise. O segundo capítulo é dedicado ao percurso metodológico e delineamento da pesquisa, apresentando os procedimentos de coleta e análise dos dados, participantes da pesquisa e considerações éticas.

Os resultados e as discussões estabelecidas a partir deles são apresentados no terceiro capítulo. Os achados na análise dos documentos curriculares articulados à pesquisa de opinião foram discutidos à luz dos referenciais teóricos norteadores da pesquisa. No quarto capítulo, em caráter de síntese, resume-se os elementos centrais da análise à luz de nossas inferências.

Considerando que esse debate é pertinente a todas as áreas que envolvem ações educativas *com e para* seres humanos, desejamos contribuir para o conhecimento sobre as possibilidades de pensar o currículo e seus campos de conhecimento de forma integrada. Assim, assumimos o desafio de compreender processos humanizadores em educação e saúde adotando o currículo como o elo interdisciplinar entre as ciências da saúde e da educação.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 O CURRÍCULO E AS TEORIAS CURRICULARES

A fundamentação teórica deste estudo começa pelas seguintes questões: *o que é o currículo? O que todos os alunos deveriam saber ao deixar a escola ou a Universidade? Qual conhecimento é esperado que se tenha ao final de um curso?*

Young (2014) pondera que as respostas a essas interrogações devem considerar o currículo como o "melhor conhecimento que temos em qualquer campo". Nesse sentido, o currículo assume um papel fundamental nas práticas pedagógicas: sobre ele pesa a seleção de conteúdos considerados imprescindíveis aos objetivos educacionais ou à formação desejada. Como afirma Sacristán (2000), toda prática pedagógica gravita em torno de um currículo.

No entanto, ainda é comum sabermos pouco sobre currículos, com exceção dos termos cotidianos – grade horária, listas de disciplinas, roteiros de exames e, cada vez mais, matrizes de competências ou habilidades (YOUNG, 2014), uma visão tradicionalista e redutora da realidade curricular.

Em sua definição, Sacristán (2000) aponta que o currículo possui uma série de sentidos concomitantes: ideias pedagógicas, estruturação e detalhamento de conteúdos, reflexo de aspirações educativas, estímulo de habilidades nos alunos etc. Para o autor, o currículo não é um objeto estático, e sim uma *práxis*¹ – prática e expressão da função socializadora e cultural que determinada instituição tem e que se expressa em comportamentos diversos.

O currículo, como afirma Lundgren (1981 *apud* SACRISTÁN, 2000), é o que permeia toda educação transformando metas básicas em estratégias de ensino. O currículo é tema central dos estudos educacionais por ser o núcleo e a substância do processo institucionalizado da educação (ALONSO, 2001; VARELA DE FREITAS, 2000) e, conseqüentemente, da formação

¹ Segundo Vázquez, (2007), a *práxis* diferencia-se da prática na medida em que designa uma atividade conscientemente objetiva, não estrita ao aspecto utilitário. É concebida como uma ação humana sobre a natureza, que a transforma enquanto se transforma a si mesmo. Do ponto de vista filosófico, a *práxis* nos leva a compreender o homem como um ser histórico-social, cuja essência não é dada naturalmente nem transcendentalmente, mas produzida nas relações com o mundo objetivo e com os outros homens, forjando o processo de produção da existência humana (RAMOS, 2014). No campo da teorização crítica do currículo, embasada em muitas das ideias neomarxistas, fenomenológicas e existencialistas, essa concepção apresenta uma perspectiva emancipadora de currículo, afastando-se, em termos conceituais, das teorias de cunho puramente utilitário e prático. O que diferencia currículo, nessa visão crítica, “é o conceito de *práxis* inerente ao interesse cognitivo crítico e que é constituído pela ação e reflexão”. “Assim, o currículo não é o resultado nem dos especialistas nem do professor individual, mas dos professores agrupados e portadores de uma consciência crítica e agrupados segundo interesses críticos” (PACHECO, 2001, p. 40-41).

profissional. Assim, é importante tratá-lo como um processo no qual podemos realizar cortes transversais e a fim de verificar sua configuração em um dado momento.

Segundo Sacristán (2000), quando definimos o currículo, estamos descrevendo a concretização das funções da própria escola e a forma particular de enfocá-las em um momento histórico e social determinado, para um nível ou modalidade de educação, em uma trama institucional etc. O autor afirma ainda que “o currículo determina que conteúdos serão abordados e, ao estabelecer níveis e tipos de exigências para os graus sucessivos, ordena o tempo escolar, proporcionando os elementos daquilo que entenderemos como desenvolvimento escolar [...]” (SACRISTÁN, 2013, p. 18).

Assim, o conceito de currículo e sua utilização relaciona-se com a ideia de seleção de conteúdos e ordenação de conhecimentos em níveis de complexidade. “O currículo a ensinar é uma seleção organizada de conteúdos a aprender, os quais, por sua vez, regularão a prática didática que se desenvolve durante a escolaridade” (SACRISTÁN, 2013, p. 17). A ação de planejar o currículo se confundiu por muitos anos com a própria noção de currículo e, por essa razão, as teorias do currículo se dedicavam à proposição dos melhores modelos ou métodos de planejamento curricular, uma tradição que inaugurou os estudos curriculares e que é bastante forte até hoje (LOPES; MACEDO, 2013).

O currículo como planejamento relaciona-se à ideia de seleção de conteúdos e de sua ordenação nos diferentes níveis de ensino. Ainda que não se furte dessa definição, a ela não se limita. Mais do que a seleção e organização de conteúdos, o currículo deve ser entendido como cultura que surge de uma série de processos, muito mais amplo e complexo que um objeto delimitado e estático que se pode planejar e depois implantar (SACRISTÁN, 2000). Isso porque existe um campo de elementos adjacentes ao currículo explicitado pelas instituições e que pode ser evidenciado em uma análise refinada da realidade institucional e das práticas cotidianas – aquilo que os alunos aprendem e o que deixam de aprender no contexto escolar. É um campo mais amplo que a acepção de currículo como especificação de temáticas e conhecimentos, e mais complexo do que qualquer "documento" (SACRISTÁN, 2000).

O currículo na prática é a consequência de se viver uma experiência e um ambiente prolongado que propõe e impõe todo um sistema de comportamento e de valores, e não apenas de conteúdos e conhecimentos a assimilar.

O currículo é lugar, espaço, território. O currículo é relação de poder. O currículo é trajetória, viagem, percurso. O currículo é autobiografia, nossa vida, *curriculum vitae*: no currículo se forja nossa identidade. O currículo é texto, discurso, documento. O currículo é documento de identidade (SILVA, 2005, p. 150).

O currículo é documento, mas não é estático. Entendido como *práxis*, o currículo expressa a característica socializadora e cultural que determinada instituição tem. Ele é contexto da prática, ao mesmo tempo em que é contextualizado por ela (SACRISTÁN, 2000). Nesse interjogo dialético, o currículo produz identidades individuais e sociais particulares (MOREIRA; SILVA, 2002). Assim, há sempre uma questão identitária ou de subjetividade ao fundo de uma teoria curricular².

Essas definições iniciais acerca do nosso objeto de estudo já indicam que, neste trabalho, o currículo será abordado a partir de uma perspectiva *crítica*, pois o assumimos como objeto social cuja organização e seleção localiza-se em um determinado contexto, condicionado pelas condições nas quais se desenvolve e pelos protagonistas que intervêm no processo e, portanto, não pode ser compreendido longe de suas condições reais de construção e ação (FELÍCIO; POSSANI, 2013). Pautados na perspectiva crítica, procuramos localizar o currículo nas relações históricas, contextuais e de poder que o permeiam, de forma a ampliar o conhecimento sobre esse instrumento que é produto e também produtor de realidade (MOREIRA; SILVA, 2002).

Além disso, abordamos, neste trabalho, o currículo em seu aspecto *interdisciplinar*, pois o situamos no diálogo entre os campos da saúde e da educação. Segundo Minayo (2013, p. 29), “é possível dizer que qualquer tema de saúde é também assunto das ciências sociais e humanas, uma vez que todos dizem respeito à vida, ao adoecimento, à morte, a como as pessoas os pensam e os enfrentam e ao que a sociedade e o setor fazem para gerenciá-los”. Assim, a colaboração das ciências sociais e humanas em interseção com a Saúde Coletiva ocupa um espaço importante na produção científica nacional e internacional.

De igual maneira, o campo dos estudos curriculares alicerçou-se conceitual e metodologicamente a partir de contributos oriundos de diferentes campos do conhecimento, incluindo a Filosofia, a Administração, a Psicologia, a Sociologia, a Ciência Política, a História, a Teoria da Literatura, a Fenomenologia e, recentemente, os Estudos Culturais (PACHECO; PEREIRA, 2007). Por não constituírem um campo dotado de paradigmas, teorias e métodos próprios, os estudos curriculares necessitam buscar teorias como ponto de partida de investigação curricular em outras áreas, o que acentua a sua interdisciplinaridade no interior das ciências da educação e das ciências sociais (PACHECO, 2013).

² A etimologia do termo (*curriculum, currere*) remonta a uma “corrida”, um caminho que, ao delinear seletivamente determinados conhecimentos com os quais nos relacionaremos, acaba por ser introjetado e torna-se parte daquilo que somos (SILVA, 2005).

Assim, em diferentes momentos da história, a concepção de currículo alinhou-se a diferentes modelos explicativos, fundamentados em teorias ou escolas de pensamento que servem de base teórica para o campo de estudo. Dessa forma, a definição do currículo varia de acordo com a teoria por meio da qual é analisado, de modo que falamos em *Teorias Curriculares* como conjuntos definidos e bem demarcados de conceituações sobre o campo e que intentam explicá-lo, prever seus efeitos, generalizar resultados e organizar entendimentos, permeando o cotidiano educacional (LOPES; MACEDO, 2013; PACHECO, 2009) a partir de determinados paradigmas.

Em sua origem, enquanto “invenção” reguladora dos conhecimentos e práticas envolvidas no processo de ensino e aprendizagem (SACRISTÁN, 2013), o currículo emergiu sistematizando processos educativos que, desde seus primórdios, foram organizados em torno de objetos de conhecimento a serem ensinados. Tem-se como ponto de partida das discussões curriculares o contexto americano do início do século XX, cujo crescente movimento migratório e intensificação da industrialização ameaçavam a cultura e os valores da classe média americana, sendo necessário consolidar um projeto educativo nacional que ensinasse às crianças as crenças e comportamentos dignos de serem adotados na sociedade americana (FELÍCIO, 2008; MOREIRA; SILVA, 2002).

A resposta dada pelos primeiros teóricos do currículo e pelo sistema educacional a essa necessidade de conservação da cultura hegemônica norte-americana foi a padronização dos procedimentos educacionais e do currículo, que se caracterizaram, primeiro, por questões organizacionais e técnicas e, segundo, advertindo para a necessidade de diferenciação do currículo, em função da urgência de “ajustar os indivíduos a seus respectivos lugares em uma economia industrial” (APPLE, 2006, p. 107 *apud* FELÍCIO, 2008, p. 18).

Como destaca Felício (2008), o currículo tornou-se instrumento de controle e de diferenciação, comprometido com os interesses da classe social hegemônica que determinava os objetivos, os conteúdos e os procedimentos que deveriam ser utilizados no processo educacional, como forma de preservação do consenso cultural, instaurando, por assim dizer, a hegemonia dos valores, das crenças e dos saberes da classe dominante. Assim, do ponto de vista político, o currículo surgiu com esse caráter instrumental, destinado a transformar o aluno com o máximo de eficácia e o mínimo de custos, em uma lógica empresarial, comercial ou industrial. Esses princípios foram consagrados por Ralph Tyler, em 1949, no livro *Basic principles of curriculum and teaching* (SOUSA, 2002).

Essas primeiras teorias curriculares foram, posteriormente, denominadas *Teorias Tradicionais*, em referência ao modelo cartesiano, positivista e taylorista de produção do

conhecimento. Os estudos curriculares, na abordagem tradicional, preocupam-se com sua organização, objetivando controlar contingências, prever efeitos, melhorar a prática pedagógica e racionalizar o processo de ensino-aprendizagem. Aqui, o conceito de currículo consiste em uma organização racional e seletiva de experiências de aprendizagem e sua organização, segundo critérios de continuidade, sequência e integração. Além disso, as teorias curriculares tradicionais estão centradas na organização e no desenvolvimento curricular de modo prescritivo e apolítico, sem considerar a própria essência do currículo, isto é, centram-se no “como” construir o currículo e não questionam “o que” ele pretende ensinar (SOUSA, 2002; FELÍCIO, 2008). Como na abordagem tradicional, o currículo é entendido como prescrição, a cultura é interpretada como algo fixo, estável e herdada pelas pessoas, e o conhecimento é entendido como um objeto externo previamente selecionado que deve ser assimilado.

Entretanto, sabemos que o currículo é resultado de uma seleção feita por sujeitos que detém o poder de fazê-la e que determinam aqueles conhecimentos que constituirão um determinado currículo (SILVA, 2005). Além disso, enquanto um objeto de construção humana, o currículo é um objeto social, ou seja, configura-se em um determinado contexto e é dependente das condições nas quais se desenvolve e dos protagonistas que intervêm no processo. Portanto, não pode ser compreendido longe de suas condições reais de construção e ação (FELÍCIO; POSSANI, 2013).

Essas questões de seleção e do poder inerente a elas contribuíram para as discussões das Teorias Críticas e Pós-Críticas do Currículo a partir de meados do século XX e início de século XXI (SOUSA, 2002; FELÍCIO, 2008).

Herdeiras das análises críticas realizadas no interior da Escola de Frankfurt³ (SOUSA, 2002), as *Teorias Críticas do Currículo* partiram, inicialmente, das críticas à escola e à escolarização no campo da Sociologia. Na década de 1970, surgiram as primeiras teorizações que questionavam radicalmente o que até então se estudava em termos curriculares.

³ O termo “Teoria Crítica” indica a corrente de pensamento produzida inicialmente pelo grupo de intelectuais e pesquisadores, atuantes no Instituto para a Pesquisa Social de Frankfurt (Alemanha), criado em 1924 por Felix Weil, Carl Grünberg, Leo Loewenthal, Walter Benjamin, Friedrich Pollock, Theodor Adorno, Max Horkheimer, Hebert Marcuse e Erich Fromm. A Escola de Frankfurt, como ficou conhecido esse grupo de intelectuais, estava comprometida com um projeto de defesa acadêmica do marxismo, em uma época conturbada de apropriações e de revisionismo da teoria marxiana no cenário acadêmico e no movimento operário alemão (VILELA, 2006). Atualmente, a nomenclatura “Teoria Crítica” refere-se ao conjunto sistemático de posições teórico-científicas, cuja produção apresenta, dentre outros elementos, fundamentação dialética da problemática teoria e prática para investigar e analisar as relações sociais. Além disso, caracteriza-se essencialmente pela crítica (ao positivismo e à teoria tradicional, à ideologia da sociedade industrial, ao desenvolvimento do nazismo e à sociedade irracional, à banalização do mal e a uma educação que não sensibilize o homem contra a barbárie (ADORNO, 2006). Também se pauta pela análise da racionalidade das instituições sociais e de suas práticas (a educação, a escola, a indústria cultural, a arte e a cultura).

A estruturação da vertente crítica do currículo foi influenciada por diversas produções, de diferentes autores e em momentos muito próximos. Silva (2005) observa que o movimento de renovação da teoria educacional, que abalou o tradicionalismo presente até então, explodiu em vários locais simultaneamente (Inglaterra, Estados Unidos, Brasil, Canadá, França).

Em um primeiro momento, as principais referências eram as *Teorias Reprodutivistas*⁴, cujas produções criticavam a escola e a escolarização como instrumentos de dominação e de subserviência ao capital, bem como evidenciavam a instituição escolar como um aparelho reprodutor das relações sociais capitalista, marcadamente opressoras, exploratórias e segregadas em classe. Esses autores e suas obras questionaram, sobretudo, os modos como a escola reproduz ideologia dominante, as relações de poder nas instituições e o seu papel na manutenção de *status quo* (LOPES; MACEDO, 2013; GROppo, 2011; SOUSA, 2002).

Contudo, foi a publicação do livro *Knowledge and control: New directions for the Sociology of Education*, editado por Michael Young (1971) e que reúne capítulos escritos pelo próprio Young e por P. Bourdieu, B. Bernstein, G. Esland e N. Keddie, entre outros, que lançou as bases do movimento conhecido como Nova Sociologia da Educação (NSE), cujas ideias explicitaram preocupações mais fortemente direcionadas às questões curriculares bem como sobre a seleção e organização do conhecimento escolar (LOPES; MACEDO, 2013). A NSE focalizou contextos interacionais e seus conteúdos, discutindo o que era transmitido nas escolas e examinando a base social do conhecimento escolar.

Segundo Sousa (2002), a NSE rejeita as “grandes narrativas” dos saberes dos currículos escolares, procurando antes compreender os motivos pelos quais determinados saberes são selecionados.

Existe sempre, ainda que não expressamente formulado, nem muitas vezes consciencializado pelos agentes educativos, todo um pressuposto teórico acerca da natureza e dos fins últimos do homem e da sociedade. Cai, assim, por terra a crença de que o Currículo é neutro porque a sua intervenção se situa apenas no nível dos meios (os melhores métodos e as melhores técnicas de ensino para se atingirem os fins), como se os meios não fossem eles próprios portadores de determinada teoria (SOUSA, 2002, p. 13).

⁴ Essas teorizações constituíram marcos fundamentais da construção da teoria educacional crítica, com destaque para Louis Althusser (*Idéologie et appareils idéologiques d'État*, 1970); Pierre Bourdieu e Jean-Claude Passeron (*Les Héritiers, les étudiants et la culture*, 1964; *La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, 1970; *La distinction; Critique sociale du jugement*, 1979); Christian Baudelot e Roger Establet (*L'école capitaliste en France*, 1971); Paulo Freire (*Pedagogia do Oprimido*, 1970) e Samuel Bowles e Herbert Gintis (*Schooling in capitalist America*, 1976) (SOUSA, 2002; SILVA, 2005).

Enquanto essas tomadas de posição crítica em relação à escola em geral e ao currículo em particular eram discutidas a partir de campos de estudo e de investigação provenientes essencialmente da Sociologia e Filosofia, surgiu nos Estados Unidos e no Canadá, sob a liderança de William Pinar, um outro movimento de contestação à “engenharia curricular tyleriana”. A partir da I Conferência sobre Currículo, realizada na Universidade de Rochester, em Nova York, em 1973, da qual resultou o livro organizado por Pinar intitulado *Curriculum Theorizing: The Reconceptualists*, mais tarde publicado sob o nome de *Curriculum Studies: The Reconceptualization*, que surgiu, de uma forma mais sistematizada, o chamado *Movimento de Reconceitualização Curricular*. Já centrado no próprio currículo, esse movimento rejeitava igualmente o positivismo e o estruturalismo subjacente à concepção do currículo como técnica (SOUSA, 2002). Duas grandes correntes se originaram dessa conferência: uma mais fundamentada no neomarxismo e na teoria crítica, cujos representantes mais conhecidos no Brasil são Michael Apple e Henry Giroux⁵; e outra associada à tradição humanista e hermenêutica, liderada por Pinar (MOREIRA; SILVA, 2002).

Michael Apple e Henry Giroux destacaram-se do emaranhado de tendências que animava o movimento de reconceitualização curricular, pois se afastaram das análises de natureza fenomenológica e hermenêutica para se centrarem mais na vertente política do currículo e conhecimento escolar (SOUSA, 2002). Também foram esses autores, de orientação neomarxista, os precursores do que hoje conhecemos por Sociologia do Currículo, que examina as relações entre currículo e estrutura social, cultura, poder, ideologia e controle social por exemplo. Esse enfoque preocupa-se em entender a favor de quem o currículo trabalha e como fazê-lo trabalhar a favor de grupos e classes oprimidos (MOREIRA; SILVA, 2002).

Atualmente, cada vez mais o pensamento crítico é interpelado pelas reflexões pós-críticas, o que talvez se deva ao aprofundamento das características pós-modernas nos tempos em que vivemos, como destaca Lopes (2013).

Um tempo de fim das utopias e das certezas, de desmoronamento da ideia de verdade centrada na prova empírica, na objetividade, na natureza ou na evidência matemática. Um tempo de explosão das demandas particulares e das lutas da diferença, de aceleração das trocas culturais e dos fluxos globais, de compressão espaço-temporal. Estamos aqui e ao mesmo tempo estamos noutra lugar e outros lugares e tempos estão em nós, fazendo com que relativizemos a ideia de passado e a de futuro, já que narramos a nossa vida

⁵ Segundo Groppo (2011) e Sousa (2002), os autores do movimento de reconceitualização curricular fizeram uso de diversas tradições, inicialmente em uma perspectiva mais pessoal e interacionista que política, como a Teoria Crítica da Escola de Frankfurt (mais em Giroux, inicialmente) e ideias de Antonio Gramsci (mais em Apple). De qualquer forma, era a primeira vez que, de dentro da área do Currículo, surgiam vozes a pôr em crise o seu entendimento como atividade meramente técnica e administrativa do ensino.

tendo em vista um passado que inventamos e um futuro que projetamos, passado e futuro que não são os mesmos nos diferentes lugares (LOPES, 2013, p. 8).

Esse cenário conhecido como pós-moderno também é denominado modernidade líquida, fluida, instável ou tardia⁶ e tem sido responsável por nos levar à construção de outras formas de compreender o social.

Antigos projetos de uma sociedade sem poder, sem classes, sem conflitos, reconciliada consigo mesma, são abandonados, e novos projetos utópicos não parecem ser construídos como substitutos. Mesmo porque a concepção de um ser humano centrado, consciente dos seus direitos e capaz de reivindicar e lutar por esses projetos, é desconstruída (LOPES, 2013, p. 8).

Segundo Lopes (2013), as chamadas teorias pós-críticas circulam em língua portuguesa no campo curricular desde os anos 1990, mas, apenas no início do século XXI, elas se tornaram dominantes fazendo parte das referências inclusive daqueles que não estão de acordo com os seus pressupostos. Essas teorias se desenvolveram na esteira dos estudos foucaultianos, com uma larga apropriação de estudos pós-estruturais e pós-coloniais referenciados direta ou indiretamente em Bhabha, Deleuze, Derrida, Laclau, Mouffe, Stuart Hall, assim como leituras pós-estruturalistas de autores marcados por traços estruturalistas, tais como Michel de Certeau e Boaventura de Sousa Santos (LOPES, 2013).

No campo do currículo, os pensadores pós-críticos questionam os pressupostos das teorias críticas, marcadas pelas influências do marxismo, da Escola de Frankfurt e em alguma medida da fenomenologia, discussões em que as conexões entre currículo, poder e ideologia são destacadas (LOPES, 2013). Os estudos pós-críticos ampliaram a compreensão sobre os processos de dominação por meio da análise da dinâmica de poder envolvida nas relações de gênero, etnia, raça e sexualidade, fornecendo um mapa mais completo e complexo das relações sociais de dominação do que as teorias críticas, que enfatizava a classe social (SILVA, 2005).

Ao questionar alguns dos pressupostos da teoria crítica de currículo, a teoria pós-crítica introduz um claro elemento de tensão no centro mesmo da teorização crítica. Sendo "pós", ela não é, entretanto, simplesmente superação. Na teoria do currículo, assim como ocorre na teoria social mais geral a teoria pós-crítica deve se combinar com a teoria crítica para nos ajudar a compreender os processos pelos quais, através de relações de poder e controle, nos tornamos aquilo que somos. Ambas nos ensinaram, de diferentes formas, que o currículo é uma questão de saber, identidade e poder (SILVA, 2005, p. 147).

⁶ O conceito de modernidade líquida foi inaugurado por Bauman (2001), para quem a "fluidez" ou "liquidez" são metáforas que captam a natureza da presente fase, um período de volatilidade, dinamicidade e incertezas.

Assim, compreendemos que o prefixo “pós” atribuído a um movimento ou escola de pensamento (estruturalismo, colonialismo, modernismo, funcionalismo, marxismo) não significa a superação dessa, e sim sua problematização⁷, questionando as suas bases e suas possibilidades/impossibilidades (LOPES, 2013).

Com o movimento das teorias críticas, currículo passa a ser considerado território político (SILVA, 2005).

As teorias críticas também nos ensinaram que é através da formação da consciência que o currículo contribui para reproduzir a estrutura da sociedade capitalista. O currículo atua ideologicamente para manter a crença de que a forma capitalista de organização da sociedade é boa e desejável. Através das relações sociais do currículo, as diferentes classes sociais aprendem quais são seus respectivos papéis nas relações sociais mais amplas. Há uma conexão estreita entre o código dominante do currículo e a reprodução de formas de consciência de acordo com a classe social. A formação da consciência — dominante ou dominada — é determinada pela gramática social do currículo (SILVA, 2005, p. 148).

As teorias pós-críticas, por sua vez, continuam enfatizando que o currículo não pode ser compreendido sem uma análise das relações de poder nas quais ele está envolvido, entretanto, consideram que esse poder não emana de um único centro, como o Estado, por exemplo. O poder está espalhado por toda a rede social. “Com as teorias pós-críticas, o mapa do poder é ampliado para incluir os processos de dominação centrados na raça, na etnia, no gênero e na sexualidade” (SILVA, 2005, p. 149).

Por coexistirem em um mesmo espaço de tempo e contexto, há uma tendência à hibridização entre teorias críticas e pós-críticas, com entrelaçamento entre o discurso pós-moderno e o foco político evidenciando o ser humano como sujeito histórico e social, a valorização do conhecimento como produtor do sujeito crítico e autônomo, a constituição discursiva da realidade e a relação entre saber e poder (LOPES; MACEDO, 2013).

Como afirmam Silva (2005) e Lopes (2013), depois das teorias críticas e pós-críticas, não olhamos mais para o currículo com a ingenuidade de antes – não é mais possível pensá-lo apenas nos termos de conceitos técnicos como os de ensino e eficiência ou de categorias psicológicas como as de aprendizagem. Ao contrário, podemos visualizá-lo como campo de produção e de criação de significado cultural, também submetido às disputas de poder em que

⁷ *Problematização* é um importante conceito para os pensadores pós-críticos. Segundo Correio (2014), é um projeto que perpassa todo o conjunto do pensamento foucaultiano. “Problematizar algo [...] nada mais é do que apontar o como e o porquê de certas práticas e conhecimentos em um dado momento histórico, a relação contingente estabelecida entre ambos os domínios” (CORREIO, 2014, p. 104). Problematizar implica olhar para objetos e situações comuns com um distanciamento necessário para que haja uma desnaturalização e desconstrução das noções normativas sobre as coisas.

prevalecem determinados grupos e saberes (em detrimentos de outros) um processo de superposição hegemônica ao qual estão submetidos os sujeitos e com o qual estes devem lidar, ressignificando constantemente.

1.2 DAS TEORIAS CURRICULARES AOS CURRÍCULOS MÉDICOS NO BRASIL

Ao publicar *Ideologia e Currículo*, em 1979, Apple estruturou sua crítica ao currículo tradicional a partir da relação entre currículo e poder, sobretudo por intermédio da discussão acerca do conhecimento veiculado pelas instituições educacionais. Além de criticar a ideia do conhecimento como um artefato neutro, a obra de Apple aponta para a necessidade de perceber como o conhecimento considerado legítimo contribui para a tentativa de criar um falso consenso cultural e político (FELÍCIO, 2008).

Segundo Felício (2008), sua crítica também se construiu a partir do conceito de hegemonia, mostrando as formas pelas quais certos conhecimentos, nas instituições educacionais, são considerados válidos em detrimento de outros, e a forma como o currículo tende a refletir os interesses particulares das classes dominantes.

A hegemonia de um determinado corpo de conhecimentos consiste na sua capacidade de se constituir como senso comum, de modo que, “quanto mais esse conhecimento hegemônico é transmitido como se fosse o conhecimento universal sistematizado, fruto de uma tradição que o seleciona como se fosse o melhor, mais se traduz como cultura dominante efetiva” (LOPES; MACEDO, 2013, p. 76).

É nesse sentido que as críticas ao currículo médico evidenciam a adoção hegemônica do modelo científico cartesiano e positivista que se traduz no tradicionalismo do ensino médico. Com grande frequência, as produções acadêmicas apontam problemas práticos e ideológicos de ensino médico pautado no mecanicismo e no biologismo; o individualismo e a especialização; a tecnificação do ato médico e a concentração de recursos tecnológicos; a exclusão de práticas alternativas e de outras racionalidades médicas; e a ênfase na medicina curativa (FEUERWERKER, 2002; CRUZ, 2004; PEREIRA, 2005; RIOS *et al.*, 2008; MEDEIROS *et al.*, 2013).

Esse modelo curricular se enraizou na cultura médica a partir do desenvolvimento das ciências naturais e do florescimento do espírito científico, quando o conhecimento médico se

distanciou da filosofia do homem⁸. O desenvolvimento da fisiologia cartesiana dualista marcou a separação entre a vida subjetiva (sentimentos, valores e cognição) e a objetividade do corpo, regido agora pelas leis da Física, da Química e da Biologia, passando a ser comparado a uma máquina (PEREIRA, 2005; RIOS, 2010).

Com o advento da ciência moderna e o desenvolvimento da biologia celular e molecular em especial, a linguagem e as teorias da Química e da Física foram adotadas na explicação dos fenômenos biológicos como elementos suficientes para compreender seus processos. Assim, gradativamente a Medicina passou a incorporar as ciências naturais como base do conhecimento (paradigma natural-científico), acomodando cada vez mais em suas práticas um discurso descritivo e explicativo fundamentado em leis naturais (GRACIANO, 2014).

Esse modelo de atenção médica hegemônico foi posteriormente denominado “modelo biomédico” e caracteriza-se pela incorporação das ciências básicas e de variáveis biológicas mensuráveis na matriz de compreensão e explicação das doenças. No modelo biomédico, as doenças são compreendidas como desvio de uma norma considerada a partir da observação de um número significativo de casos, que, sob o ponto de vista biológico e quantitativo, poderia ser considerado prejudicial às funções de um organismo vivo. Com essa perspectiva, as dimensões social, psicológica, comportamental e espiritual da doença foram excluídas da explicação de sua origem e mecanismo operativos. Essa exclusão estendeu-se também à prática médica frente às queixas de um paciente (ENGEL, 1977 *apud* GRACIANO, 2014).

O modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis naturais e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico pressupõe que a máquina complexa (o corpo) precise constantemente de inspeção por parte de um especialista. Assume-se, assim, de modo implícito, que alguma coisa, inevitavelmente, não estará bem dentro dessa complexa máquina (KOIFMAN, 2001, p. 54).

De igual maneira, a educação médica tem sido historicamente pautada no uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais) sob forte influência desse mecanicismo

⁸ Concebida em sua origem mais como arte do que como técnica (*ars medicinae* – arte de curar), a medicina ocidental era uma ciência essencialmente humanística, já que suas raízes se assentavam na filosofia da natureza e seu sistema teórico partia de uma visão holística que entendia o homem como ser dotado de corpo e espírito. O médico clássico, portanto, era antes de tudo, um filósofo, um conhecedor das leis da natureza e da alma humana. *Medicus*, em latim, designava tanto o médico como a substância que cura, e também aquele que fazia sortilégios ou feitiçaria (GALLIAN, 2001). A partir dos séculos XVII e XVIII, generalizou-se a noção de que só poderia haver conhecimento sobre objetos concretos empiricamente observados. Nesse contexto, o conhecimento médico passou a rejeitar a subjetividade humana, seus valores e significados sociais, articulada à ideia de competência clínica sem referência a um sistema ético ou filosófico. O prestígio social do médico passou de autoridade moral para a detentor do conhecimento científico sobre o corpo e o poder de curá-lo/salvá-lo. Concentrado no conhecimento do corpo humano e suas doenças, todo o resto foi se tornando cada vez mais estranho e desconfortável ao médico (PEREIRA, 2005).

cartesiano, fragmentado e reducionista (MITRE *et al.*, 2008). Tal modelo enfatiza o conhecimento experimental de base clínica e laboratorial proveniente da pesquisa realizada sobre doenças, reforçando a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo, orgânico e mental (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010). Nesse contexto, o modelo pedagógico hegemônico é

conteudista e organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em partes estanques. Dissocia conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário ou ambulatório especializado, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a especialização precoce, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010, p. 684).

A consolidação desse modelo na educação médica moderna foi marcada pela publicação do *Relatório de Flexner*, em 1910, que enfatizou a necessidade de aprofundar o conhecimento funcional do corpo humano e favoreceu esse processo por meio da organização do ensino médico em departamentos e disciplinas (BALLESTER *et al.*, 2010).

Em 1910, Abraham Flexner, professor da *Johns Hopkins University* (financiada pela *Rockefeller Foundation*) foi contratado para realizar uma investigação sobre o ensino médico nos Estados Unidos (DA ROS, 2004). Flexner visitou as 155 escolas de Medicina dos EUA e Canadá durante seis meses, realizando observações, cujo trabalho final culminou no famoso relatório *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (*Flexner Report*)⁹ e é considerado o responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a Medicina no mundo inteiro (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Dentre as contribuições ao desenvolvimento da educação médica, seu trabalho permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, buscando a excelência na preparação dos futuros médicos e introduzindo maior racionalidade científica para o contexto.

⁹ Para Da Ros (2004), o chamado modelo flexneriano poderia ter sido chamado de muitos outros nomes: medicina positivista, modelo unicausal, modelo da Johns Hopkins, modelo da *Rockefeller Foundation*, modelo norte-americano ou modelo da medicina do capital. Entretanto, chamá-lo de modelo flexneriano é um mecanismo ideológico que consolida o modelo médico norte-americano e culpa um homem, escondendo as relações sociais e econômicas embutidas na proposta (DA ROS, 2004). Embora seja identificado como de origem americana, ele deriva de experiências na Alemanha e na França, que iniciaram a integração das ciências naturais com o campo médico, como destaca Edler (2001 *apud* AMARAL, 2007).

Na época, muitas escolas, de fato, operavam mais visando lucros do que por uma vocação educacional propriamente dita. Flexner criticou aquelas escolas e propôs uma reformulação delas, orientando-se pela tradição germânica de forte embasamento nas ciências biomédicas aliado ao treinamento clínico. Muitas das escolas mal avaliadas naquele relatório fecharam espontaneamente por diminuição da procura e a maioria das remanescentes foi reformada para adaptação ao modelo flexneriano (AZEVEDO, 2015, p. 43).

Assim, é importante compreender o momento em que essa reforma aconteceu e as circunstâncias que a determinaram, já que até então o ensino médico era caótico (AMARAL, 2007).

Em contrapartida, a adoção de suas recomendações (muitas vezes de forma distorcida) desencadeou um processo de extirpação das propostas de atenção em saúde que não se enquadrassem no modelo proposto. Ao focar toda a sua atenção na racionalidade científica, desconsiderou outros fatores que afetam os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde.

Mesmo que consideremos muito importantes suas contribuições para a educação médica, a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 496).

Azevedo (2015) pondera que, apesar de Flexner ter sido considerado um humanista, não há em seu relatório qualquer menção à formação humanística do médico, ao dinamismo do encontro clínico entre o médico e seu paciente, à inter-relação sociológica nele presente e ao importante papel da arte para a Medicina. “Segundo o relatório Flexner, o médico do século XX seria, sobretudo, um cientista ativo e cético e o corpo humano pertenceria ao mundo animal.” (AZEVEDO, 2015, p. 44). A ausência ou desvalorização de elementos das chamadas *humanidades* nesse modelo tornou-se um grande problema da Medicina moderna e contemporânea.

O modelo de Medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia, estruturou a assistência médica previdenciária na década de 1940, expandindo-se na década de 1950, orientando também a organização dos hospitais estaduais e universitários (MOROSINI; CORBO, 2007).

Também entre as décadas de 1940-1950, um movimento norte-americano conhecido por Medicina Integral passou a tecer críticas à Medicina tecnológica e ao tecnicismo dela

decorrente, fundamentando a construção de modelos de atenção à saúde pautados em uma abordagem sociocultural. No âmbito comunitário, a compreensão da saúde e da doença pela abordagem social influenciou a elaboração de várias práticas e políticas de saúde. Na visão sobre o indivíduo, surgiu o modelo de atenção “biopsicossocial”, bastante conhecido entre nós e que, ao se referir ao “paciente como um todo”, enfatiza a atenção à saúde que vê mais que o organismo doente, a pessoa e sua subjetividade (RIOS, 2016, p. 23).

Outro marco dessa época na educação médica foi a publicação da obra *Pedagogia Médica*, de Edward Bridge (1950), que trouxe novos elementos à discussão da educação médica mundial e propagou a necessidade de se estabelecer um diálogo permanente entre a arte de educar e a de ensinar (AMARAL, 2007). Sob os reflexos da *Pedagogia Médica*, outros eventos da década fomentaram a discussão da qualidade da educação médica mundial.

[...] o 1º Congresso Pan-americano de Educação Médica (1951, Lima/Peru), o 1º Seminário sobre o Ensino da Medicina Preventiva (1955, Viña del Mar/Chile), a 1ª Conferência de Faculdades de Medicina, patrocinada pela União das Universidades da América Latina – UDUAL (1957, México), o Movimento pela Formação do Médico de Família, nos Estados Unidos da América e no Canadá (1960), e também a 1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica, patrocinada pela Fundação Kellogg (1961, Bahia). Esses eventos e o Movimento pela Formação do Médico de Família, nos Estados Unidos da América e no Canadá, complementaram o cenário da proposta de transformação do ensino médico e dos modelos de atenção à saúde nos países. [...] em Londres, em 1953, a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica, promovida pela Federação Mundial de Educação Médica (WFME), que sucedeu a conferência realizada em 1952, nos Estados Unidos da América, organizada pela Associação Americana de Escolas de Medicina (AAMC). Nesta se deu prioridade ao processo curricular da graduação propagando a ideia dos currículos mínimos, os quais seriam a melhor forma de credenciamento das escolas de Medicina (AMARAL, 2007, p. 72).

No Brasil houve ascensão da atenção médica individual entre 1930 e 1950, a partir de subsídios internacionais para a construção de hospitais e centros de saúde. No final da década de 1950, a especialidade e as tecnologias duras (recursos materiais) eram elementos importantes à prática profissional diferenciada e os critérios de valor deslocaram-se para os especialistas, médicos novos e atualizados. Os profissionais médicos viram-se, assim, compelidos a reformular sua prática rumo a uma medicina tecnológica, isto é, a atualizar-se em relação ao desenvolvimento científico-tecnológico (BULCÃO; EL-KAREH; SAYD, 2007).

Reações norte-americanas surgiram gradativamente, a partir de 1960, em um movimento acadêmico contra hegemônico que levou à criação da *National Foundation on the Arts and the Humanities*, defendendo as humanidades como necessárias ao desenvolvimento humano da sociedade e sua inserção em contextos educacionais (RIOS, 2016). Segundo Rios (2016), esse movimento impulsionou a inclusão de temas das Artes, Filosofia, Teologia,

Linguística e História nos currículos de graduação médica norte-americanos, constituindo um grupo de disciplinas denominadas Humanidades Médicas. À época já se considerava que as humanidades médicas teriam o papel de desenvolver capacidade crítica e reflexiva; sensibilidade e recursos para compreender as pessoas e aspectos do viver para além das ciências naturais e das ciências humanas e sociais. Iniciava-se uma linha de pensamento sobre o humano na Medicina que, sem se contrapor às ciências biológicas e às sociais, construiu objetos próprios e recursos teórico-metodológicos para sua abordagem com o objetivo de criar bases conceituais, éticas, técnicas e afetivas para sustentar o encontro clínico competente do médico e seu paciente (RIOS, 2016).

Com a influência das orientações da declaração de Lima/Peru (1951) e de Londres (1953), iniciou-se, no Brasil da década de 1960, uma aproximação das faculdades de Medicina brasileiras com os organismos internacionais de apoio técnico e de financiamento de projetos no campo da saúde e da educação médica (AMARAL, 2007).

Adentrava-se no período de regime militar (1965-1984), um intervalo de 19 anos que culminou em uma expansão do ensino médico no país: 39 escolas médicas abertas, sendo 26 escolas privadas. Nesse período, o movimento de aproximação da educação com os organismos internacionais foi consolidado com os primeiros acordos assinados no ano de 1966, que incluiu convênios a partir de 1964 entre o Ministério da Educação (MEC) e a *United States Agency for International Development* (USAID), com o objetivo de implantar o modelo norte-americano nas universidades brasileiras por meio de uma profunda reforma universitária. Nesse mesmo ano, o Governo Militar, com o lema “Educar com Segurança”, organizou o I Seminário de Educação e Segurança Nacional. A partir desse momento, imprimiram-se transformações radicais nas universidades brasileiras mediante portarias, decretos, atos institucionais e leis, visando restringir o pensamento, controlar as manifestações e, sobretudo, centralizar a gestão da educação brasileira (AMARAL, 2007).

O modelo biomédico que já andava entre nós desde a década de 1950, mas não era hegemônico (DA ROS, 2004), foi amplamente incorporado pelas escolas médicas a partir do Golpe Militar de 1964, e algumas de suas consequências (a reforma universitária de 1968, a criação do INAMPS, a expansão das faculdades de medicina – de 26, em 1963, para 56, em 1973).

Segundo Amaral (2007), os termos do acordo MEC/USAID foram reunidos no documento ministerial *Rumos à Reformulação Estrutural da Universidade Brasileira* e utilizados como base para um decreto que proibiu manifestações de caráter político e de protesto no âmbito das universidades públicas e privadas (Decreto 477/68) e para outro que definia

critérios para a expansão do ensino superior (Decreto 63.341/68) como também para a Lei 5.540/68, conhecida como Lei da Reforma Universitária¹⁰.

Os termos do acordo MEC/USAID foram transformados em leis, portarias, resoluções e decretos, servindo aos interesses das organizações internacionais e do Estado autoritário. O que estava em jogo, na verdade, segundo Fávero (1994, p. 152), é que: em relação ao ensino superior, chamamos a atenção para alguns aspectos presentes nos acordos, sobretudo no pós 64: a) a educação é vista como fator estratégico, numa política de desenvolvimento, e deve ser entendida como eficiente instrumento para conter os conflitos sociais e eliminar os obstáculos que se antepunham ao crescimento econômico; b) os convênios assinados entre o MEC/USAID visam à formação de recursos humanos para consolidação do capitalismo dependente, bem como à implantação de nova estrutura acadêmica e organização administrativa, objetivando maior eficiência e produtividade nas instituições de ensino superior (AMARAL, 2007, p. 81).

A Reforma Universitária de 1968 oficializou o ensino centrado no hospital e a separação entre ciclo básico e profissional. Embora tenha modernizado o ensino médico ao propor uma formação com base científica, ficaram impressas características mecanicistas, biologicistas e individualizantes, estabelecendo um modelo de formação que fragmentava o conhecimento por meio do estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, estimulava a especialização profissional e atendia aos interesses do complexo econômico médico-industrial (NOGUEIRA, 2009). Nesse sentido, com a Reforma Universitária, a herança do modelo francês predominante até então na educação superior brasileira foi substituída por um híbrido entre o modelo alemão e o norte-americano¹¹ (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015), influenciando, por exemplo, a criação de hospitais-escola como campo de pesquisa e treinamento.

Batista, Vilela e Batista (2015) destacam que, nesse período, o investimento federal no ensino superior público foi mínimo, coerente com os cortes em gastos sociais e com a política de repressão às vozes que se opunham ao governo no interior das universidades. Em termos pedagógicos, os autores observam que predominava o modelo tradicional de ensino, fragmentado em grande número de disciplinas, sem visão do processo saúde-doença e tendo o hospital-escola como principal cenário de ensino.

Em 1971, o então ministro da educação Jarbas Passarinho criou a Comissão de Ensino Médico (CEM), incumbida de avaliar a situação das escolas médicas no país e propor soluções

¹⁰ A Lei 5.540/68, Lei da Reforma Universitária, também foi baseada nos estudos do Relatório Atcon (Rudolph Atcon, teórico norte-americano) e no Relatório Meira Matos (coronel da Escola Superior de Guerra) e aprovada “de cima para baixo” (AMARAL, 2007).

¹¹ Segundo Pagliosa e Da Ros (2008), no modelo anátomo-clínico francês os estudantes aprendiam ao lado do leito do paciente e treinavam as técnicas diagnósticas e terapêuticas nos anfiteatros anatômicos no hospital. Já o modelo de pesquisa médica alemã estava centrado no laboratório, na hierarquia, na especialização e nas pesquisas experimentais.

para os problemas levantados pela AMB no documento “Problemática do Ensino Médico no Brasil” (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015). Os documentos produzidos pela Comissão abordavam o crescimento desordenado da rede de escolas médicas e a situação precária em que muitas se encontravam, a necessidade de articulação das escolas à rede de serviços de saúde e a organização e continuidade entre Internato e Residência na formação médica (AMARAL, 2007). Entretanto, havia grande tensão entre as entidades de classes e os dirigentes/congregações das faculdades de medicina quando o assunto era implantar as necessárias alterações curriculares em coerência com as demandas da população, projetos que fracassaram, segundo Santos (1980 *apud* AMARAL, 2007), por não tocarem nos núcleos de interesses e poderes das escolas médicas.

A década de 1970 trouxe para o cenário nacional e internacional novos conceitos sobre a saúde e a educação. A Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde em Alma-Ata (Cazaquistão, 1978) recomendou um conjunto de diretrizes apoiadas em forte crítica a concepções tradicionais que acentuavam a prática médica curativa¹².

No Brasil, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da sua revista *Saúde em Debate*, em 1976, marcaram o início do movimento pela Reforma Sanitária que, opondo-se a uma mercantilização da medicina, propôs uma saúde autenticamente democrática, entendida como o reconhecimento do direito universal e inalienável. O movimento sanitário fortalecia-se pela articulação do CEBES com entidades e movimentos nacionais, tais como o Movimento de Renovação Médica (REME) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) criada em 1979 (nomeada, em 2011, Associação Brasileira de Saúde Coletiva) (CEBES, 2016).

Juntas, ABRASCO¹³ e CEBES, passaram a discutir e fundamentar o desafio de formar profissionais atentos às novas ideias sobre os problemas de saúde. Surge o termo “saúde coletiva”, uma forma de abordar as relações entre conhecimentos, práticas e direitos referentes

¹² Na Declaração de Alma-Ata, firmou-se um conjunto de princípios, mencionados com frequência nos textos da área de Saúde Coletiva: a saúde como direito essencial dos indivíduos e das coletividades; a obrigação do Estado em assegurar esse direito a todos; a responsabilidade e o direito das comunidades em participar na proteção e recuperação da saúde e na gestão dos serviços destinados à sua atenção; a precedência da promoção e da prevenção, estabelecendo-se o princípio da atenção integrada; a equidade e universalidade do acesso aos serviços de saúde (FONSECA, 2006).

¹³ A ABRASCO foi criada exatamente um mês após a assinatura da Lei de Anistia e representou o início de um novo período da vida política brasileira. “A Abrasco reflete ao longo de sua trajetória uma íntima ligação com as transformações que ocorreram, não só no âmbito da Saúde Pública, mas também no contexto político institucional brasileiro, resultando da ativa participação de um conjunto de atores nesse cenário. Refletir sobre essa história pressupõe necessariamente uma compreensão a respeito das principais características e diretrizes que nortearam as mudanças na Saúde Pública brasileira no decorrer desse período e seus vínculos com as transformações políticas em curso” (FONSECA, 2006, p. 21).

à qualidade de vida. Em lugar das tradicionais dicotomias (saúde pública/assistência médica, medicina curativa/medicina preventiva, indivíduo/sociedade), a saúde coletiva busca uma compreensão na perspectiva interdisciplinar, pautada no debate político em torno de temas, como universalidade, equidade, democracia, cidadania e, mais recentemente, subjetividade (FONSECA, 2006).

No âmbito internacional, Engel (1977) destacava que a Medicina vinha se debatendo com um modelo que não considerava a subjetividade dos pacientes e, por isso, não cumpria adequadamente as tarefas científicas e responsabilidades sociais da Medicina na segunda metade do século XX. Começou a emergir, então, no final dos anos 60 e início dos anos 70, o Modelo Humanista, que se caracterizava por ser: 1) biopsicossocial (considerava múltiplos aspectos envolvidos no processo saúde-doença), 2) hermenêutico (requeria uma interpretação mais ampla e contextualizada, em oposição à mera descrição) e 3) normativista, abordava o sujeito com valores e aspirações à qualidade de vida (uma natureza atida a normas, e não às leis da natureza). Esse modelo permitiu a introdução do sujeito clínico e moral na Medicina, resgatando o homem como medida de si (PEREIRA, 2005).

Pouco tempo depois, a primeira obra de Edmund Pellegrino (*Humanism and the Physician*, 1979) chamou a atenção para a relevância e utilidade das humanidades no exercício da Medicina. Em sua opinião, são as humanidades que colaboram para a compreensão das questões éticas e os valores envolvidos em muitas decisões clínicas e são elas que conferem as atitudes e competências que distinguem um médico culto de um simples executor de técnicas e procedimentos. Pellegrino considerava que um relacionamento verdadeiramente humanista entre o médico e o paciente permite que cada um expresse o mais possível a sua humanidade (CRUZ, 2014).

Assim, na década de 1970, as Humanidades começaram a ser mais sistematicamente ensinadas no cenário internacional das escolas médicas, provocando discussões aquecidas sobre seu mérito e valor (PEREIRA, 2005). Segundo Almeida (2001), a Medicina Comunitária surgiu pouco depois do início do movimento preventivista, também nos Estados Unidos, visando a reduzir tensões sociais em áreas marginalizadas das principais cidades do país. Com ela, recuperava-se parte do conteúdo do movimento preventivista, com ênfase nas “ciências da conduta” (Sociologia, Antropologia, Psicologia).

Contudo, no início da década de 1980, um ano após a 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980) e o lançamento do PREVSAÚDE (1980) a prática médica continuava predominantemente curativa, sofisticada, especializada, excludente e sem preocupação em alterar o perfil de morbi-mortalidade das doenças evitáveis. No âmbito da Previdência, foram

criados, em 1981, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Assistência Social Previdenciária (CONASP). Esses conselhos pretendiam reorganizar a atenção médica, realocar recursos e controlar custos dos quais o setor privado concentrava 51% do total dos empregos em saúde (AMARAL, 2007).

Segundo Batista, Vilela e Batista (2015), nessa década, a Federação Mundial de Educação Médica (*World Federation for Medical Education – WFME*) e suas associações regionais promoveram diversas reuniões com finalidade de estabelecer metas para melhoria na qualidade do ensino médico. No Brasil, entretanto, mantinha-se a prática vertical de tentar transformar a educação médica olhando apenas para o seu interior, como expressa o documento *Ensino Médico, Bases para sua Reformulação*, lançado pela Secretaria de Ensino Superior do MEC em 1985 (AMARAL, 2007).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá, 1986) resultou na Carta de Ottawa, que priorizava como fatores determinantes da melhoria dos indicadores da saúde a paz, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade e educação. Esses princípios foram reafirmados na Carta de Adelaide, resultante da 2ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde (Austrália, 1988), que recomendou a implantação dos novos modelos de atenção à saúde (AMARAL, 2007). No Brasil, em março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o grande palco para a demonstração de força do Movimento Sanitário, a partir da qual se desenhava a necessidade de construir um Sistema Universal de Saúde e resgatar as bandeiras do movimento de Medicina Social europeu do século XIX (saúde como direito de todos e dever do Estado) (DA ROS, 2004).

Os debates sobre o direito à saúde e a organização de um novo sistema, organizados pelos núcleos do CEBES em várias regiões do país, foram retomados no I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO, realizado em setembro de 1986. Dessa forma, o movimento sanitário chegou à Constituinte (1987) com propostas bem definidas para a saúde e conseguiu incorporar muitas delas na Constituição Federal de 1988, graças à sua capacidade de organização e à sua hábil assessoria a deputados constituintes vinculados à área da saúde, mas, em geral, desprovidos de conhecimentos técnicos (CEBES, 2016).

A aprovação da nova Constituição em 1988 e, posteriormente, das Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 1990) garantiram legalmente um sistema público de saúde pautado na equidade, integralidade, universalidade, controle social e hierarquização da assistência (DA ROS, 2004). O Brasil, que desde a década de 1960 participava do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais, comprometeu-se a priorizar os princípios da

universalização dos direitos e benefícios universais, incorporando-os aos que pretendiam promover o direito de todos ao desfrute do mais alto padrão atingível de saúde física e mental.

Nessa direção, o Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou a pauta do movimento de Reforma Sanitária, regulamentou as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, alterou significativamente a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, que passam da preconização de um sistema hospitalocêntrico, centrado na doença e limitado aos trabalhadores contribuintes, para a compreensão de saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado. A concepção ampliada de saúde e dos processos de sua promoção, priorizando a prevenção de agravos, opõe-se a uma medicina estritamente curativa, centrada na doença e no hospital (BRASIL, 1990).

Outro importante evento da década de 1980 foi a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica (Edimburgo, 1988). A Declaração de Edimburgo enfatizou princípios gerais para a formação médica e fundamentou a transformação dos cursos de Medicina em todo o mundo nas décadas seguintes. O documento recomendava: ampliar os ambientes em que os programas educacionais são realizados, para incluir todos os recursos de assistência à saúde da comunidade, e não apenas os hospitais; garantir que os conteúdos curriculares reflitam as prioridades de saúde do país e criar currículos e sistemas de avaliação dos estudantes que permitam atingir tanto a competência profissional como valores sociais, e não apenas a retenção de informações. Em se tratando de um ensino humanístico, previa que o ensino da Medicina deveria capacitar os futuros médicos a reconhecer valores socioculturais e éticos diante dos diversos cenários de atuação.

Schraiber (1989 *apud* CRUZ, 2004) analisou as propostas de reformas curriculares desse período, pautadas na Medicina Integral, Medicina Preventiva, Medicina de Família, Integração Docente Assistencial, Medicina Generalista e Medicina Comunitária, destacando que: a educação é avaliada enquanto processo desajustado em relação às necessidades sociais de produção de serviços médicos e ao desempenho profissional efetivo; abordam centralmente as necessidades sociais de serviços médicos, que são concebidas de formas diversas, conforme o movimento; foram elaboradas do interior de movimentos por reforma da produção e distribuição dos serviços médicos no conjunto da sociedade sob duas perspectivas – ou pela tentativa de recomposição do ato médico individual, ou pela tentativa de rearticulação dos serviços médicos e pretendem a reformulação da própria prática médica, a ser conquistada mediante transformações educacionais dentro da escola de Medicina.

Assim se iniciava a década de 1990, com a perspectiva de desenvolvimento da chamada Medicina Centrada no Paciente (MCP) inicialmente no Canadá, ampliando a necessidade de

problematizar os conhecimentos e métodos semiológicos da clínica e terapêutica em Medicina, ampliando a compreensão do paciente, especialmente do ponto de vista psíquico (ideias, emoções e respostas ao adoecimento) e da relação médico-paciente, com atenção aos objetivos de ambos na tomada de decisões terapêuticas (RIOS, 2016).

No Brasil, a Lei 8.080/90 regulamentou o arcabouço jurídico do SUS e as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de organizar o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa legislação explicitou a ordenação da formação de recursos humanos no setor saúde, criando condições para que o ensino da Medicina no Brasil partisse da integração das agendas do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação e Cultura (MEC), reivindicadas por educadores que sempre tiveram o entendimento de que a interface entre a saúde e a educação é inquestionável (AMARAL, 2007).

Nesse período (1985 a 1994), apenas cinco escolas médicas foram abertas, sendo quatro delas entre 1987 e 1989 (final da década). Durante o governo Collor, de março de 1990 a dezembro de 1992, não houve nenhuma abertura (AMARAL, 2007). Essa contenção pode ser explicada pela grave crise econômica e pelas transformações políticas e sociais do momento.

Em 1991, a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) trouxe para o cenário da educação médica um novo impulso, a partir da realização de pesquisas, congressos, fóruns e relatórios, formulando várias propostas de ação para a transformação da escola médica ao longo de seus 10 anos de atividades. Segundo Cruz (2004), sua primeira fase realizou um diagnóstico da situação geral das escolas médicas do Brasil, constatando que os médicos formados atingiam 45% da qualificação desejada e que estrutura econômico-administrativa, corpo docente e modelo pedagógico eram as variáveis determinantes dessa inadequação. Na segunda fase, aprofundou o entendimento dos componentes dessas categorias e observou o destacado papel do docente na definição do modelo pedagógico, na opção pelo tipo de planejamento e gestão da escola médica, bem como nos resultados alcançados pelas escolas médicas em termos de ensino, pesquisa e extensão. Identificou o modelo pedagógico vigente na grande maioria das escolas participantes como um dos determinantes da ineficiência e ineficácia atual da resposta dos médicos frente às principais necessidades e demandas de saúde de indivíduos e coletividades. Na terceira fase, detalhou os problemas levantados e empenhou-se em construir instrumentos de investigação e intervenção, visando à transformação da escola e do ensino médico, tendo como produto a proposta de um novo eixo de desenvolvimento curricular para a educação médica. Desenvolveu ainda proposta para mudança na gestão da escola médica e para profissionalização do docente, como suportes para a mudança do modelo pedagógico.

Para Amaral (2007), o trabalho da CINAEM evidenciou a importância da educação médica no processo de ordenação de recursos humanos para a saúde e reforçou a percepção de que, até aquele momento, as agendas políticas da saúde e da educação eram independentes e existia premência de se estabelecerem pactos entre elas. Para o autor, foi possível verificar que as estruturas curriculares estavam inadequadas à realidade da saúde da população, e que a situação do ensino médico era coerente com todo o ensino superior brasileiro. Porém, foi somente com o início da construção político-organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS) que as debilidades do ensino médico brasileiro e o questionamento mais incisivo do perfil dos produtos das escolas médicas adquiriram visibilidade social (ALMEIDA, 1999). Com a reorganização dos serviços de saúde no âmbito do SUS, vinculado à Medicina Social e à Reforma Sanitária, houve gradativo interesse por um profissional médico diferente do que estava atuando no mercado e a estratégia passava de reforma curricular para a criação de um novo mercado, com a exigência de um novo perfil profissional (BATISTA, VILELA, BATISTA, 2015).

No SUS em implantação, surgiam dois novos programas – o Programa de Saúde da Família (PSF, que mais tarde se tornou ESF – Estratégia de Saúde da Família) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nas Unidades Básicas de Saúde. Pautada na promoção de saúde e prevenção de agravos, a Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se um cenário essencial na formação do futuro profissional. Nesse nível de atenção, incluem-se atividades e serviços, como promoção à saúde física e mental, prevenção e controle de doenças endêmicas, acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas, controle de doenças prevalentes, monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor infantil, reidratação oral, amamentação e imunização, nutrição, planejamento familiar, educação em saúde e provisão de medicamentos, nas dimensões do individual e do coletivo (CHINI, 2015).

Nessa nova proposta de ordenação de recursos financeiros e humanos na Saúde Pública, foi se evidenciando a demanda social por uma Medicina menos curativa e mais preventiva, centrada no sujeito e suas relações com o meio, que contemple a complexidade humana, biológica, afetiva e social na clínica, que agora intenta ser ampliada e compartilhada.

Nesse período, houve uma expansão de escolas médicas em número semelhante ao do período militar (foram fundadas 40 escolas em um período de oito anos). Nesse cenário, foi promulgada em 1996 a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n.º 9394/96) que, no campo do currículo, busca superar as concepções clássicas de currículo mínimo, trazendo a proposição de Diretrizes Curriculares Nacionais (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médico foram homologadas em 2001 pelo Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001), após um longo processo de discussão e de negociação, e traziam como eixo norteador o papel social das instituições formadoras (NOGUEIRA, 2009). Preconizavam a formação de um profissional médico com perfil generalista, visão crítica e reflexiva, atuando no processo saúde-doença nos diferentes níveis de atenção, visando promoção à saúde, prevenção, recuperação e reabilitação, pautado em princípios humanísticos e éticos, com senso de responsabilidade social (BRASIL, 2001).

Como ressalta Chini (2015), as DCN/Medicina de 2001 recomendavam inserir o estudante em diferentes cenários de ensino-aprendizagem por meio da integração ensino-serviço-comunidade, para vivenciar situações reais no mundo do trabalho atendendo às necessidades sociais de saúde da população com ênfase no fortalecimento do SUS. Além disso, propunham flexibilizar os currículos das escolas médicas, possibilitando a integração curricular das ciências básicas e humanas à clínica, por intermédio de metodologias que privilegiassem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento (CHINI, 2015).

Para conferir ao egresso médico uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, as DCN de 2001 estabeleciam que a graduação em Medicina deveria contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença nos níveis individual e coletivo, bem como abordar o processo saúde-doença do indivíduo e da população em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção. Além disso, na compreensão e domínio da propedêutica médica, estabelecia a capacidade de realizar história clínica com capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente (BRASIL, 2001).

Dessa forma, passava-se a incluir as dimensões éticas e humanísticas nas discussões curriculares médicas e em suas proposições, buscando desenvolver no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania.

Chini (2015) chama atenção para o fato de que as mudanças curriculares coincidiram com a implantação de políticas indutoras de formação de recursos humanos em saúde pelo governo federal, sugerindo que o apoio financeiro desses projetos tenha facilitado a inserção dos estudantes em cenários reais. Assim, para estimular a concretização das mudanças propostas nas DCN, vários cursos de Medicina no país foram contemplados com recursos do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), em 2001, e do Programa de Reorientação à Formação do Profissional da Saúde (PRÓ-SAÚDE I em 2005; II, em 2007, e III, em 2012). Esses programas resultaram de parcerias entre os

Ministérios da Educação e da Saúde e a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) e impulsionaram as escolas médicas no Brasil a reestruturar seus currículos com propostas de integração e aproximação das ciências básicas e humanas à clínica.

Ao final do mandato de Fernando Henrique Cardoso, no ano de 2002, havia 121 escolas médicas no país, sendo 61 na esfera pública e 60 de administração privada. Em 2003, inicia-se o mandato de Luís Inácio da Silva (Lula), que teve a duração de oito anos e cuja plataforma de governo teve continuidade com sua sucessora, a presidenta Dilma Rousseff (2012-2016). Nos 13 anos de governo do Partido dos Trabalhadores, houve uma grande expansão do ensino médico, totalizando 153 novos cursos, dentre os quais 51, em universidades públicas e 102 cursos privados¹⁴.

Esse período “Pós-Diretrizes Curriculares Nacionais 2001” intitula o capítulo a ele dedicado na obra de Batista, Vilela e Batista (2015). Além dos já citados Promed e Pró-Saúde, outros programas surgiram no sentido de aproximar as graduações em saúde do SUS. O Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) foi criado em 2004, mesmo ano em lançou-se o AprenderSUS, ambos ampliando a integração entre ensino superior e Sistema de Saúde (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015). Outra importante política indutora de mudanças nas graduações em saúde foi o PET-Saúde, em 2008, idealizado para potencializar o Pró-Saúde, assumindo o pressuposto da integração ensino-serviço-comunidade e fomentando a iniciação ao trabalho e às vivências no SUS (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

Pode-se dizer que esses programas continham em seu cerne a questão de como a formação médica poderia efetivar uma atenção em saúde integral e humanizada à população. Nesse contexto, surgiu o Programa Mais Médicos, em 2013, que intencionava diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS, além de fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país, dentre outros objetivos, como apresentam Batista, Vilela e Batista (2015).

A partir do Mais Médicos, constatou-se a necessidade de readequação das DCN e, em 2014, foram aprovadas as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina (BRASIL, 2014), que reafirmavam o que as de 2001 já apontavam – um currículo articulado ao SUS e às demandas da sociedade, em que os diversos atores pudessem interagir e edificar uma formação a serviço da vida e da garantia de direitos (BATISTA; VILELA;

¹⁴ A expansão da educação superior foi amparada pelo Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), que teve como principal objetivo ampliar o acesso e a permanência na educação superior. O Reuni foi instituído pelo Decreto n.º 6.096, de 24 de abril de 2007, e é uma das ações que integram o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE).

BATISTA, 2015). As atuais DCN legitimaram o ideal para a atual formação médica, orientada para a aquisição de conhecimentos gerais, humanistas, com perspectiva da integralidade da assistência, da responsabilidade social e do compromisso com a cidadania.

De acordo com dados do MEC (BRASIL, 2018), existem atualmente 300 cursos médicos autorizados e em funcionamento no país. Esse número coloca o Brasil em segundo lugar no número de escolas médicas, atrás apenas da Índia (381 escolas médicas – população 1.210.569.573 habitantes). Na ocasião do mais recente levantamento demográfico (novembro de 2017), o país contava com 289 escolas médicas em atividade, além dos cursos autorizados e que, naquele momento, ainda não haviam definido o início de funcionamento e do número de vagas a serem ofertadas¹⁵. Os 289 cursos de Medicina considerados no levantamento somam 29.271 vagas anuais autorizadas, dos quais 10.237 são oferecidas em escolas públicas (35%) e 19.034 (65%) são oferecidas por escolas médicas privadas (SCHEFFER *et al.*, 2018).

O Sudeste tem a maior concentração de oferta de vagas entre todas as regiões, com 120 cursos e 13.222 vagas (45,2%). O Nordeste tem o segundo maior número (7.211), ou 24,6% do total. O Sul fica com 14,3% das vagas, o Centro-Oeste com 8,1%, e o Norte com apenas 7,7%. O Estado de São Paulo detém praticamente um quinto de todas as vagas em escolas médicas do país (5.790 em 52 cursos), seguido por Minas Gerais com 14,1% das vagas e pelo Rio de Janeiro com 9,3% (SCHEFFER *et al.*, 2018).

É possível observar que o movimento de expansão/contenção de aberturas de escolas médicas ocorre de forma articulada aos movimentos políticos, sociais e econômicos de cada período histórico. De igual maneira, as concepções curriculares são influenciadas pelos movimentos nacionais e internacionais de educação médica que, por sua vez, estão intimamente conectados aos sistemas de saúde e às concepções de saúde-doença. Abaixo, o Quadro 1 apresenta uma organização cronológica e o movimento de aberturas de escolas médicas no Brasil nos diferentes períodos políticos discutidos anteriormente.

¹⁵ Em janeiro de 2018, existiam 16 escolas médicas nessa situação.

Quadro 1 - Aberturas de escola médicas no Brasil agrupadas em períodos histórico-políticos.

	Intervalo de tempo (em anos)	Total de aberturas	Públicas	Privadas
1808-1930 ¹⁶				
Do Brasil Imperial à revolução de 1930	121	10	10	0
1931-1964				
Da revolução de 30 ao golpe militar	34	27	21	6
1965-1984				
Período militar	19	39	13	26
1985-1994				
Redemocratização	09	05	2	3
1995-2002				
Governo FHC	08	40	15	25
2003-2016				
Governo Lula/Dilma	13	153	51	102
2017-2018				
Atualmente	01	26	03	23
Total	210	300	115	185

Fonte: a autora.

Uma importante discussão trazida por Scheffer e Dal Poz (2015) parte da constatação de que o ensino de graduação em Medicina no Brasil tornou-se predominantemente privado. Além de serem maiores em número, as instituições privadas oferecem mais vagas e têm mais alunos matriculados. A expansão do ensino privado mais recente ocorreu a partir de 2013 e reflete a adoção de políticas e iniciativas do Governo Federal, notadamente a Lei Mais Médicos, seguida de editais de seleção de municípios para implantação de cursos privados.

A privatização da graduação em Medicina se insere também no cenário da expansão do mercado privado de ensino, beneficiado por incentivos governamentais e pela atuação do capital estrangeiro e de conglomerados de educação. Tal fenômeno impõe o desafio de compatibilizar a ampliação do número de vagas com a garantia da qualidade. Alguns estudos vêm demonstrando indicadores de qualidade e desempenho das escolas médicas privadas inferiores ao ensino público. Nesse cenário, é fundamental fortalecer a avaliação do ensino, mas

¹⁶ O ensino de Medicina no Brasil teve início em 1808 com a chegada da família real portuguesa ao solo brasileiro, quando foram criadas a Escola de Cirurgia da Bahia e, em seguida, o Curso de Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro. Segundo Batista, Vilela e Batista (2015), a formação dos primeiros médicos “nacionais” e da identidade médica brasileira esboçava-se a partir do modelo europeu. Por intermédio da Academia Nacional de Medicina (ANM), foi elaborado um projeto de reforma do ensino médico no Brasil em 1830; em 1832, as duas academias médico-cirúrgicas foram transformadas em Faculdades de Medicina. Essa transformação foi fundamental na implantação do modelo anátomo-clínico francês, que valorizava o deslocamento da formação médica para o ambiente hospitalar e o ensino individualizado junto ao leito (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015). A terceira escola médica do Brasil foi aberta em 1898, um intervalo de 90 anos que compreendeu todo o Primeiro (1822 e 1831) e o Segundo Reinado (1840 a 1889). A primeira expansão do ensino médico ocorreu 13 anos depois, entre 1911 e 1929, quando foram abertas sete escolas médicas (todas públicas) no período da República Velha (de 1889 até a Revolução de 1930).

há que se promover a complementariedade, e não a disputa de procedimentos e mecanismos avaliativos (como os do próprio MEC), testes de progresso aplicados pelas próprias instituições, avaliação externa ao término do sexto ano de graduação, acreditação das escolas e outros métodos de avaliação dos estudantes e das instituições (SCHEFFER; DAL POZ, 2015).

Scheffer e Dal Poz (2015) afirmam que é necessário caminhar para maior democratização do acesso ao ensino médico, pois, mesmo com a ampliação de cursos e vagas as práticas de admissão na graduação em Medicina, com alta concorrência nos vestibulares dos cursos públicos e os valores elevados das mensalidades dos privados, promovem a desigualdade de acesso, pois privilegiam os estudantes de melhor situação socioeconômica.

Sobre o atual perfil do recém-graduado em Medicina, convém destacar que Scheffer *et al.* (2018) encontraram, no conjunto de respostas à pergunta “porque escolhi Medicina”, que para a maioria dos egressos prevaleceu o desafio intelectual e a preocupação com questões humanitárias, como “ajudar pessoas”, “fazer o bem” e a “relação médico-paciente”. Só depois da referência ao “potencial de remuneração” – que aparece em quinto lugar – é que são citados fatores como “prestígio da profissão”, “influência familiar”, “aptidão científica” e “possibilidade de realizar pesquisas e exercer o ensino”.

Entretanto, a grande maioria dos egressos (85,5%) disse ter vivenciado ou assistido no curso alguma conduta ética que julgou inadequada. Entre os graduados de escola pública, foram 92,6%, e de escola privada, 83%. Sobre essas condutas éticas inadequadas, 57,8% citaram eventos ocorridos nas “relações com pacientes em ambulatório, enfermaria etc.” Casos como “relações com colegas, equipe, corpo administrativo” foram citados por 48,2% dos entrevistados. Outros 30,7% fizeram referência a condutas inadequadas nas relações com familiares dos pacientes, 18% em “decisões em sala de aula” e 14,9% nas relações com a comunidade e o público em geral. Em todas as situações citadas, a porcentagem daqueles que vivenciaram alguma conduta ética inadequada foi maior nas escolas públicas – a relação com familiares de pacientes, por exemplo, foi assinalada por 40,8% dos egressos de escola pública contra 27,1% dos recém-formados em instituições privadas (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Resultado semelhante foi encontrado por Silveira (2017) em sua pesquisa de mestrado com alunos do último ano do curso médico, que relataram necessidade periódica de serem lembrados de seus próprios princípios éticos e valores a fim de não se afastarem ainda mais deles, mesmos diante de experiências negativas vivenciadas ao longo da formação. De acordo com a autora, a literatura discute que experiências traumáticas, como dilemas relacionados ao profissionalismo, angústia e assédio moral, são comuns na educação de profissionais da área da

saúde e podem influenciar de forma significativa o desenvolvimento da identidade profissional (e pessoal).

Dessa forma, ainda que sejam perceptíveis inegáveis avanços na discussão curricular da educação médica e uma crescente valorização das humanidades nesse contexto, é atual e permanente o desafio de uma formação ética e humanista nesse contexto. É nesse cenário que este trabalho busca compreender como as disciplinas de humanidades médicas se integram aos currículos dos cursos de Medicina, por acreditarmos que integradas ao currículo ampliam o desenvolvimento de habilidades e atitudes ético-humanísticas na formação médica.

1.3 AS HUMANIDADES MÉDICAS

Com o desenvolvimento científico da Medicina, a excelência foi se traduzindo em uma irreparável preparação técnica. Como afirma Blasco (2017), não é novidade que os profissionais médicos sejam excelentes técnicos, entretanto, a maioria carece de sensibilidade suficiente para lidar com o ser humano doente.

A sensibilidade de que fala o autor refere-se à compreensão não dicotomizada do homem em seu processo de viver e adoecer, o que tem sido chamado de **humanização**, ou seja, a consideração e inclusão da perspectiva subjetiva da pessoa atendida, haja vista a irreduzível dimensão (e extensão) do humano em sua amplitude que se impõe na prática médica como parte inerente do exercício de sua profissão e arte (RIOS, 2016). Nesse sentido, o modelo biomédico se mostra pobre na essência da arte médica do estar junto (a intersubjetividade) e carente de ferramentas que favoreçam a acolhida das questões da existência humana.

No campo da saúde, humanização significa o resgate de valores humanísticos e a incorporação de práticas que agregam à competência técnica o olhar humano sobre a totalidade dos acontecimentos que envolvem o processo saúde-doença-cuidado (MEDEIROS *et al.*, 2013). O uso histórico do termo humanização o consagrou como aquele que “rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos, ou solapados em tempos de frouxidão ética” (RIOS, 2009, p. 8). Sobre seu surgimento, Rios (2010) destaca a probabilidade de que o termo tenha sido forjado há aproximadamente duas décadas, quando os acordes da luta antimanicomial na área da Saúde Mental e do movimento feminista pela humanização do parto e nascimento começaram a ganhar volume e produzir ruído suficiente para registrar marca histórica.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2003 com a proposta de consolidar os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. O *HumanizaSUS*, como também é conhecida, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Em sua proposição, considera que humanizar os serviços se traduz na inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, uma construção coletiva e compartilhada que estimula novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. Os princípios dessa política são: transversalidade (deve estar incluída em todas as políticas e programas do SUS); indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos. As diretrizes da PNH são: acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2004).

Para Rios (2016), a humanização pode ser compreendida sob vários olhares, mas, de modo geral, fundamenta-se no respeito e valorização da *pessoa humana* e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços. Para a autora, humanização é um termo que encontra suas raízes no Humanismo – corrente filosófica que reconhece o valor e a dignidade do homem como a medida de todas as coisas, considerando sua natureza, seus limites, interesses e potenciais.

O **Humanismo** busca compreender o Homem e criar meios para que os indivíduos compreendam uns aos outros. Na leitura psicanalítica, o termo fala do lugar da subjetividade no campo da Saúde. **Humanização**, como tornar humano, significa admitir todas as dimensões humanas – históricas, sociais, artísticas, subjetivas, sagradas ou nefastas – e possibilitar escolhas conscientes e responsáveis (RIOS, 2009, p. 11, grifos nossos).

Nesse sentido, a noção de que uma formação médica com enfoque exclusivo nas disciplinas biológicas é insuficiente para a apreensão da complexidade e da singularidade do adoecimento humano tem ganhado força, pressupondo que as ciências sociais e humanas podem oferecer uma contribuição importante para essa formação – por meio de referências para uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e para a organização do cuidado em saúde, isto é, voltadas para a humanização.

A formação profissional em saúde hoje deve organizar as práticas profissionais a partir de um referencial mais abrangente – as necessidades de saúde da população em sintonia com

os princípios ético-políticos da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS) (NOGUEIRA, 2014)¹⁷.

Dessa forma, cada vez mais se afirma a demanda por uma medicina que contemple a complexidade humana, biológica, afetiva e social na clínica. Esse discurso se fortalece no cenário brasileiro a partir dos anos 2000, especialmente com as políticas de humanização da saúde e as reformas curriculares empreendidas que incluem esses objetivos de formação, como as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (BRASIL, 2014), que estabelecem para o graduado em Medicina uma formação geral, *humanista*, crítica, reflexiva e ética.

Por **formação humanista** compreende-se a incorporação dos saberes das ciências humanas e de comportamentos “humanizados” e “humanísticos” no ensino e prática em saúde. Em suas múltiplas orientações, intentam um objetivo comum na Medicina: formar médicos com competência ética e relacional e superar o improdutivo antagonismo entre tecnicismo e humanismo (RIOS, 2010).

Apoiado em Chavarria Crespo, Blasco (2002) afirma que o humanismo compreende três aspectos diferentes, porém complementares, quais sejam:

Assim, **humanista** é o homem que define atitudes concretas diante da vida, fruto da sua reflexão e como consequência de uma filosofia que norteia sua existência. Se este homem humanista é médico, essas atitudes que envolvem a sua própria vida atingirão as outras vidas, aquelas que ele tem que cuidar e, portanto, implicarão uma postura concreta diante da vida humana, da vida doente, do sofrimento e da dor, da vida que acaba. Em segundo lugar, o humanista tem como vizinho próximo a versão ativa, altruísta e afetiva dessa filosofia de vida: é o **humanitarismo**, a capacidade de comover-se diante da dor e da limitação alheia. Finalmente, precisa de um alimento que sustente de modo continuado essa filosofia de vida e as posturas concretas que ela implica. Daí surge o natural **entrelaçamento com as humanidades** – âmbito também do humanista – como via cultural de aproximação do conhecimento do homem, com suas grandezas e misérias (BLASCO, 2002, p. 81, grifos do autor).

Na concepção de Edmund Pellegrino (1979 *apud* CRUZ, 2014), renomado bioeticista americano, o humanismo caracteriza-se pela preocupação genuína pela centralidade da *pessoa humana* em cada aspecto da sua atividade profissional, o que se traduz em respeito pela sua liberdade, dignidade e sistema de valores, em uma demonstração de cuidado e interesse pelo

¹⁷ O cuidado, núcleo comum da ação de todas as profissões de saúde, é utilizado como categoria analítica fundamental para uma formação profissional em saúde orientada sobre as premissas da integralidade. Dessa forma, a discussão da educação médica no Brasil está intimamente articulada ao campo da Saúde Coletiva e da atenção em saúde sob as premissas do SUS, pautando-se na compreensão da integralidade das ações de saúde, nas práticas de cuidado integrais e na construção de uma clínica ampliada e compartilhada, na medida em que se tornou consensual a importância dessa reflexão para a realização de um trabalho em saúde humanizado e resolutivo (NOGUEIRA, 2014).

seu bem-estar. Como afirma Blasco (2002, p. 126), "o humanismo no médico é o compromisso de pensar, e as Humanidades são recursos para incorporar esse hábito".

González (2017) destaca a heterogeneidade do movimento das humanidades médicas na Europa (à semelhança do que observamos em nosso continente) com diferentes formas de se entender, ensinar e investigar o campo, de modo que coexistem na atualidade diferentes conteúdos, orientações e estratégias de ensino. O autor identifica diferentes conceitos das chamadas humanidades em distintos momentos da história, dentre as quais destaca-se:

1. As **humanidades antigas**: cultivadas na Antiguidade e na Renascença, incluíam gramática, retórica, poesia e, em geral, todas as artes plásticas.
2. As **humanidades contemporâneas**: desenvolvidas a partir do século XIX, também chamadas de ciências sociais, morais ou culturais. Caracterizam-se por estudar positivamente os valores, no que eles têm de fatos verificáveis sociologicamente, e abarcam a Sociologia, Antropologia, Psicologia e História Documental.
3. As **humanidades médicas recentes**: cultivadas desde os anos 60 do século XX. Caracterizam-se pela tentativa de elucidar os valores envolvidos nos fatos de forma argumentativa e dialógica, estudando-os como tais e indo além da mera verificação de sua existência factual. Entre elas estão disciplinas como a Bioética, a Filosofia da Medicina, a História Cultural e o Uso Pedagógico da Literatura e da Arte (GONZÁLEZ, 2017, p. 214, tradução da autora).¹⁸

Assim, na contemporaneidade, as humanidades médicas constituem um campo interdisciplinar em que coadunam as humanidades clássicas (História, Filosofia, Ética e Religião), ciências humanas e sociais contemporâneas (Antropologia, Estudos Culturais, Psicologia e Sociologia) e artes (Literatura, Teatro, Cinema e Artes Visuais) (GONZÁLEZ, 2017). Segundo Rios (2016), trata-se de um campo que abre espaços para compreender, problematizar e transformar as práticas médicas, aumentando a consciência crítica sobre o modo como a *práxis* realiza a humanidade intrínseca e irredutível da Medicina.

Dessa forma, adotamos, neste trabalho, o termo **humanidades médicas** como o conjunto de disciplinas cujos objetivos educacionais e conteúdos trazem ao campo teórico e prático da Medicina contribuições da Filosofia, Ética, Psicologia, Antropologia, Artes, Sociologia, História, Política, Educação, ou seja, disciplinas que buscam fundamentos nas

¹⁸ 1. Las **viejas humanidades**: cultivadas en la Antigüedad y el Renacimiento comprendían la gramática, la retórica, la poética y, en general, todas las bellas artes. 2. Las **humanidades contemporâneas**: cultivadas desde el siglo XIX y también llamadas ciencias sociales, morales o culturales. Se caracterizaron por estudiar los valores positivamente, en lo que tienen de hechos constatables sociológicamente, y abarcaron la sociología, la antropología, la psicología y la historia documental. 3. Las **humanidades médicas recientes**: cultivadas desde los años 60 del siglo XX. Se caracterizan por su intento de elucidar los valores implicados en los hechos de una forma argumentativa y dialógica, estudiando los como tales valores, y yendo más allá de la mera constatación de su existencia factual. Entre ellas se encuentran disciplinas como la bioética, la filosofía de la medicina, la historia cultural y el uso pedagógico de la literatura y el arte (GONZÁLEZ, 2017, p. 214, grifos nossos).

Ciências Humanas e Sociais¹⁹ para compreender a condição humana no âmbito da Medicina e desenvolver competências para o cuidar (PEREIRA, 2005).

Essas disciplinas propiciam maior compreensão das expressões do sofrimento humano e das manifestações socioculturais dos adoecimentos, assim como de habilidades de comunicação e construção de vínculos que possibilitam a interação necessária a qualquer ato médico. São axiais nos currículos, como ferramentas para a prática e formação mais global na qual se engendra a identidade profissional, como destacam Ayres *et al.* (2013). Os autores consideram que a formação humanística do aluno envolve, adicionalmente, a articulação dos temas dessa área com vários cenários da aprendizagem, com discussão de temas humanísticos nas disciplinas clínicas e da experiência cotidiana de cultura institucional que dissemine valores humanistas.

Os objetivos desta formação, aplicada à Medicina, incluem a discussão sobre atitudes e virtudes do médico na sua atividade profissional; a reflexão crítica acerca do papel do médico na relação com o paciente e na sociedade contemporânea; a comunicação com o paciente, a família e a sociedade; a apreciação do contexto sociocultural da doença; a temática da humanização dos cuidados de saúde; bem como a exposição a obras clássicas da literatura que promovam a reflexão sobre o exercício da Medicina, a relação médico-paciente, o sofrimento e a morte (CRUZ, 2014, p. 44).

Segundo Ayres *et al.* (2013), as humanidades médicas propiciam maior compreensão das expressões do sofrimento humano e das manifestações socioculturais dos adoecimentos, assim como de habilidades de comunicação e construção de vínculos que possibilitam a interação necessária a qualquer ato médico. São axiais nos currículos, como ferramentas para a prática e formação mais global, na qual se engendra a identidade profissional.

Rios (2016) afirma que ainda hoje não há pleno consenso sobre a composição do conjunto de disciplinas/saberes que compõem a área das humanidades médicas. Afirma a autora que frequentemente elas são apresentadas como continente de fundamentos das ciências do comportamento, da Sociologia, História e Antropologia, das Artes e da Filosofia, em especial a Ética, para compreender a condição humana no âmbito da Medicina, bem como temas da

¹⁹ É fato que as **ciências humanas e sociais** sempre abordaram questões relativas à saúde ou à doença. Quando essas disciplinas aportaram na educação médica, introduziram a discussão sobre a prática de relações comunicativas entre médico e paciente discutidas nos âmbitos educacional e ético e, mais recentemente, no campo da bioética clínica e em pesquisa (RIOS, 2016). Assim, na Medicina, comprometeram-se com conjuntos bem definidos de problemas sobre a condição humana (morte, morrer, confidencialidade, aborto, personalidade, alocação de fundos a serviços de saúde etc.) e o uso de estratégias interdisciplinares para abordar esses problemas ancorados na *práxis* das profissões de saúde (PEREIRA, 2005). Para Rios (2016), apesar de as humanidades médicas e as ciências humanas e sociais em saúde abordarem temas humanísticos possuem ênfases diferentes: as humanidades médicas estão mais voltadas às relações humanas no âmbito da intersubjetividade, e as ciências humanas e sociais em saúde, às relações no âmbito da sociedade.

educação, da linguística, das ciências do espírito e principalmente da bioética. A autora aborda as humanidades médicas como um campo que se configura próximo ao das ciências humanas e sociais em saúde dentro da saúde coletiva, cujos limites de cada qual no ensino médico ainda dividem opiniões entre os estudiosos de ambos os lados.

Segundo Pellegrino (1979 *apud* CRUZ, 2014), as competências que devem constar dos programas de estudos humanísticos na formação médica incluem: a capacidade de reflexão crítica, a capacidade de ouvir e ler de forma inteligente, a capacidade de tomar decisões éticas, a capacidade de apreciar a arte, bem como a capacidade de compreender a História. Nesse sentido, Pellegrino defende que as disciplinas que integram o currículo das humanidades, pela sua capacidade de enriquecimento do espírito humano, são a Filosofia, a História da Medicina, a Literatura, a Antropologia, a Psicologia, a Sociologia, a Arte, a Teologia, o Direito e, naturalmente, a Bioética (CRUZ, 2014).

Assim, a inserção e integração dessas temáticas nos currículos médicos, como propõe este trabalho, tem-se mostrado um desafio na superação das concepções hegemônicas sobre a saúde, o cuidar e a própria Medicina. Apesar de serem reconhecidas como fundamentais na formação médica, a inserção das humanidades de forma isolada nos currículos, assim como qualquer currículo organizado de forma estritamente disciplinar, revela-se redutora no sentido de não envolverem, nas ações pedagógicas, experiências que promovam uma vivência educativa mais democrática, especialmente quando se constata a falta de um projeto educativo e curricular que dê um sentido às disciplinas consideradas essenciais para a educação em uma área de conhecimento (ALONSO, 2002; BEANE, 2003).

Como observa Rios (2016), na maioria das escolas médicas, não se observa eficiente integração técnico-humanística, no máximo, algum esforço para a constituição de um “eixo humanístico” no ensino ou a inclusão de disciplinas de humanidades no currículo obrigatório dos cursos – ambas as iniciativas, infelizmente, sem muito impacto na formação em Medicina.

1.4 PRINCÍPIOS DA INTEGRAÇÃO CURRICULAR NA EDUCAÇÃO MÉDICA

O enfoque disciplinar tradicional permite a organização do conhecimento e sua sistematização, mas divide a universidade em três grandes áreas – a tecnológica, a biológica e a humana – as quais, por sua vez, estilhaçaram-se em dezenas de sub-ramos e especializações. Como resultado, são poucos “os estudantes que conseguem vislumbrar algo que permita unir

ou integrar os conteúdos ou os trabalhos das diferentes disciplinas, uma vez que estas se apresentam claramente separadas umas das outras, fragmentando e isolando os conteúdos” (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009, p. 265).

Enquanto cada disciplina confina seus saberes e compartimentaliza seus conteúdos, impossibilita, muitas vezes, que o exercício da conexão entre os conhecimentos por parte do profissional de saúde em formação. E “isso impacta no perfil do profissional, que se constrói naturalmente a partir de um paradigma reducionista e fragmentado. Implica, certamente, a conformação da sua visão do mundo e as suas práticas de atenção à saúde das pessoas” (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009, p. 264).

Assim, a inserção das humanidades médicas, como disciplinas estanques nos currículos, desarticuladas dos outros conteúdos e descontextualizadas da prática médica, expõe aos alunos informação humanística, mas não garante necessariamente formação humanística, como aponta Pereira (2005). É preciso repensar as configurações curriculares que favorecem uma inserção realmente efetiva dessas temáticas como formativas na educação médica.

Nesse sentido, a integração curricular vem sendo uma recomendação das diretrizes dos cursos da saúde no Brasil e no mundo, surgindo nos documentos norteadores como possibilidade de desenvolver aprendizagens significativas e contextualizadas, em especial, na área da saúde onde a articulação daquilo que se aprende com os cenários e as práticas profissionais fundamentam (ou pelo menos devem fundamentar) a formação (IGLÉSIAS; BOLLELA, 2015).

Sobre o modelo curricular integrado, Alonso postula que essa forma de conceber o currículo

sustenta-se na necessidade de que, para manter a coerência entre as propostas e os princípios teóricos e a sua realização prática, todas as componentes do currículo e os diferentes contextos e processos de intervenção e concretização devem conjugar-se de forma articulada, para conseguir dar corpo a um projeto comum que oriente a formação integrada dos alunos (ALONSO, 2002, p. 62-63).

Esse formato de currículo caracteriza-se por sua flexibilidade e coerência teórico-prática, em um formato de planejamento participativo e negociado, tornando-se muito mais democrático e produtivo para os atores do processo. Ele é contextualizado em seu território, orientado por princípios e finalidades e baseado no diagnóstico de necessidades dos educadores e educandos, articulado em torno de problemas, questões ou temas pessoal e socialmente relevantes para os participantes (núcleo globalizador e questões geradoras). Sua estrutura curricular integrada respeita os critérios de equilíbrio e articulação vertical e horizontal dos

diferentes conhecimentos e capacidades a desenvolver nos processos de ensino e de aprendizagem (conteúdos a serem contemplados no currículo formativo e competências transversais). Ademais, as atividades integradoras que o compõem privilegiam as metodologias investigativa, reflexiva e colaborativa, e defende uma perspectiva significativa e construtiva do saber e da experiência, de modo a que os educandos possam encontrar sentido e relevância no que aprendem e, ao mesmo tempo, fiquem capacitados para aplicar e transferir (funcionalidade) o que apreenderam em novas aprendizagens, bem como na resolução de situações ou problemas de vida (ALONSO, 2002).

Para Lopes e Macedo (2002 *apud* FELÍCIO, 2015), a integração curricular não pressupõe a inexistência da estrutura curricular por disciplinas. Ao contrário, implica em preservar o conhecimento para propiciar a confluência de diferentes conhecimentos curriculares disciplinares, sem fragmentá-los. Sua função central consiste em uma organização da aprendizagem centrada nos processos próprios dos educandos. Dessa forma, parece-nos coerente que, para uma aprendizagem significativa e construção de habilidades humanísticas na formação médica, é fundamental que adotemos uma concepção curricular integrada, de modo que esses conhecimentos se articulem e se traduzam em habilidades e competências para além de um conhecimento conteudista.

Assim, partimos do pressuposto de que as humanidades médicas se expressam nos currículos a partir de sua integração com os demais campos de conhecimentos e escolhemos abordá-las a partir de quatro dimensões da integração curricular, propostas por Alonso (1998), quais sejam articulação horizontal, articulação vertical, equilíbrio e articulação lateral.

Articulação horizontal

Essa dimensão objetiva a interligação entre todas as capacidades, saberes e atitudes desenvolvidos nas diferentes atividades curriculares em uma perspectiva globalizadora e integradora do saber e da experiência (ALONSO, 1998). Segundo Alonso (1998), essa dimensão de integração curricular implica a necessidade de aprofundar a relação entre as disciplinas do currículo – multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transversalidade.

A interdisciplinaridade vem sendo objeto de estudo na Europa há cerca de três décadas. Um dos primeiros estudiosos a sistematizar uma proposta de trabalho interdisciplinar foi o francês Georges Gusdorf, baseando-se na constituição de um grupo de especialistas voltado para a pesquisa interdisciplinar nas ciências humanas. Em 1969, suas ideias foram apresentadas e discutidas em um seminário internacional, no qual estavam reunidos, sob sua coordenação,

Piaget, Jantsch, Heckhausen, Michand, entre outros. No Brasil, o trabalho de Gusdorf foi difundido por seu orientado Hilton Japiassu (1976), autor de *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Posteriormente, Ivani Fazenda (2002) também se engaja à discussão e dá continuidade à disseminação dessa concepção, tornando-se referência (AIRES, 2011). As diferenciações estabelecidas por Jantsch e Guy Michaud, apresentadas por Fazenda (2011) parece-nos útil na definição da interdisciplinaridade e suas vinculações com a Universidade, quais sejam:

Disciplina: conjunto específico de conhecimentos com suas próprias características em relação ao plano do ensino, métodos e matérias.

Multidisciplinaridade: justaposição de disciplinas diversas, desprovidas de relação aparente entre elas. Ex.: música + matemática + história. É uma gama de disciplinas que se propõem a trabalhar simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações que possam existir entre elas, ou seja, destina-se a um sistema de um só nível e de objetivos múltiplos, mas sem nenhuma cooperação.

Interdisciplinaridade: interação existente entre duas ou mais disciplinas, que pode ir da simples comunicação de ideias à integração mútua dos conceitos epistemológicos, metodológicos, dos procedimentos, dos dados e da organização referentes ao ensino e à pesquisa. Um grupo interdisciplinar compõe-se de pessoas que receberam sua formação em diferentes domínios do conhecimento (disciplinas) com seus métodos, conceitos, dados e termos próprios, mas que trabalham de forma coordenada. Fazenda (2011) aponta que, em se tratando de interdisciplinaridade, deve haver uma relação de reciprocidade, de mutualidade ou de copropriedade que possibilita o diálogo. Nesse sentido, depende basicamente de uma atitude, na qual a colaboração entre diversas disciplinas conduz a uma “interação” – uma intersubjetividade.

Já a *transversalidade* pode ser entendida como um “atravessamento temático”, ou seja, uma integração de temáticas em disciplinas de forma a estarem presentes em todas elas. Segundo Menezes (2001), a transversalidade se difere da interdisciplinaridade porque a primeira se refere à dimensão didática e a segunda, à abordagem epistemológica dos objetos de conhecimento. Ou seja, se a interdisciplinaridade questiona a visão compartimentada da realidade sobre a qual a escola se constituiu, mas trabalha ainda considerando as disciplinas, a transversalidade diz respeito à compreensão dos diferentes objetos de conhecimento, possibilitando a referência a sistemas construídos na realidade dos alunos que promove uma compreensão alargada dos diferentes objetos de conhecimento.

Articulação vertical

Essa dimensão refere-se à articulação intra e interníveis, ou seja, com a possibilidade de melhorar a continuidade entre as experiências de aprendizagem vivenciadas ao longo das diferentes etapas, ciclos, anos e/ou unidades didáticas que traduzem a sequência curricular. Algumas das questões propostas por Alonso (1998) nesse quesito são: qual a coerência entre as capacidades, atitudes e valores adquiridos ao longo da escolaridade? Como se sustentam e constroem umas aprendizagens noutras?

Trata-se, portanto, de assegurar uma diversificação progressiva dos esquemas cognitivos que não se limita a juntar novos dados aos já existentes, mas obriga a reestruturações contínuas de amplas áreas da estrutura cognitiva do aprendiz. Essa perspectiva dinâmica e progressiva do conhecimento, por contraposição às propostas tradicionais que o representavam de forma linear e acabada, facilita a construção de esquemas cada vez mais completos e complexos (ALONSO, 1998).

Equilíbrio

O critério de equilíbrio na integração curricular pressupõe a necessidade de que se ofereça uma representação harmoniosa das diferentes capacidades a desenvolver pelos alunos, nos seus diferentes domínios de desenvolvimento (cognitivas, afetivas, sociorrelacionais e psicomotoras) assim como uma representação equilibrada dos diferentes domínios do conhecimento e da cultura (filosófica e ética, científica, tecnológica, artística, popular), permitindo que se trabalhe com uma concepção mais equilibrada dos objetivos — capacidades a desenvolver e mais alargada dos conteúdos — conceituais e fatuais, procedimentais e atitudinais (ALONSO, 1998).

As questões propostas nesse aspecto da integração curricular compreendem a reflexão acerca das muitas capacidades (comunicação, raciocínio, pesquisa, tomada de decisões, solidariedade ou autonomia) nas diferentes instâncias do curso médico. Como se traduzem em propostas coordenadas de atividades? Como ultrapassar a representação hierarquizada das áreas do saber no currículo? Há equilíbrio entre os campos de conhecimentos quando observadas, por exemplo, carga horária das disciplinas e importância atribuída na alocação de recursos?²⁰

²⁰ Consideramos relevantes as reflexões de Alonso (1998) que, referenciando o *Collège de France/Bourdieu*, reafirma a necessidade de se combater todas as formas, inclusive as mais sutis, de hierarquização das práticas e dos saberes, nomeadamente as que se estabelecem entre o "puro" e o "aplicado", entre o "teórico" e o "prático" ou

Em se tratando da formação médica, exige-se que o graduando desenvolva, durante sua formação, uma ampla gama de conhecimentos, habilidades e atitudes, que as DCN/Medicina estabelecem como “uma 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). Uma das questões levantadas por Alonso (1998) nessa dimensão envolve pensar como as diferentes atividades curriculares contribuem para a aquisição desse repertório ampliado de capacidades e atitudes diversificadas e transversais.

Articulação lateral

Essa dimensão diz respeito à articulação da instituição com o meio circundante, de forma a organizá-lo e dar-lhe significado (ALONSO, 1998). Nesse sentido, a articulação lateral propõe que a instituição de ensino se integre em seu meio, articulando aprendizagens acadêmicas às aprendizagens experienciais, do cotidiano. Para Alonso,

a integração da escola no meio deve pautar-se pela seletividade crítica, em que aquela se coloca como observatório, nem demasiado perto, nem demasiado longe, sendo necessária uma certa distância crítica para saber alternar as distâncias, saber ir e voltar da escola ao meio e vice-versa (ALONSO, 1998, p. 421).

Essa articulação evita, por exemplo, que os estudantes realizem determinadas aprendizagens e desenvolvam capacidades dentro da graduação que só lhes servem para olhar, pensar e resolver os problemas das aulas ou dos testes – "o ofício de aluno", como afirmava Perrenoud (1995 *apud* ALONSO, 1998), e não sirvam para interpretar e intervir nos problemas reais do meio.

Na educação médica, o movimento da reforma curricular já no início do século XXI culminou em um forte impulso rumo ao que ficou conhecido como integração ensino-serviço-comunidade²¹. Trata-se da inserção desde o início da graduação e ao longo desta na Atenção

o "técnico", mas também impor o reconhecimento social de uma multiplicidade de hierarquias de competência distintas e irredutíveis.

²¹A integração ensino-serviço-comunidade, como uma forma de viabilizar as diretrizes do SUS para a formação em saúde, pauta-se na concepção de Educação Baseada na Comunidade (EBC). O conceito de Educação Baseada na Comunidade (EBC) no contexto da formação de profissionais da saúde começou a ser proposto a partir da década de 1970 e, desde então, tem sido um referencial para o desenho de currículos de todos os cursos da área da saúde, em praticamente todo o mundo. No Brasil, faz parte de todas as diretrizes curriculares dos cursos da

Primária à Saúde (APS), a fim de deslocar a centralidade do hospital no ensino e atender à demanda de formação para a Saúde Coletiva. Essas recomendações já estavam previstas na legislação do SUS, que preconiza a formação de recursos humanos no contexto da realidade dos serviços de saúde. Ainda que tenha havido um hiato temporal de muitos anos entre a proposta e a sua implementação (que careceu ainda de um impulso de programas adicionais, como o PROMED e o PRÓ-SAÚDE) o ensino baseado na comunidade permanece em efervescência no cenário atual.

Atualmente, as DCN/Medicina recomendam que estrutura dos cursos médicos tenham como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas pelo setor saúde. As escolas médicas devem, ainda, promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com esse eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais. Além disso, devem inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem (BRASIL, 2014).

A partir dessas considerações, compreendemos que a lógica disciplinar possui limitações, como a descontextualização da aprendizagem, que gera problemas motivacionais, de percepção da aplicabilidade e relevância do que se aprende. Além disso, tende a uma visão simplista, compartimentada e estática da realidade, a insuficiente diálogo com o meio envolvente, a pouco estabelecimento de nexos entre as disciplinas, que acabam por ser vistas como departamentos estanques ou como gavetas que se abrem e fecham sobre si mesmas, dentre outras (ALONSO, 2002).

Abordar a integração curricular na educação médica implica em reconhecer o desafio que se apresenta para a educação médica do século XXI, na medida em que superar o paradigma do ensino centrado na doença, no professor e na linearidade dos conteúdos requer a construção de novos olhares sobre a teoria e prática curriculares, o que desde já se configura como renovação.

graduação da área da saúde formalmente, desde o ano de 2001, tendo sido reafirmado, mais recentemente, na publicação das novas diretrizes dos cursos de graduação em Medicina (2014) que recomendam a diversificação dos cenários do ensino-aprendizagem e a inserção “precoce” do estudante da saúde na comunidade. Esse foi o movimento mais recente e intenso de valorização da EBC, que continua ganhando força a partir de novos conceitos e valores, tais como o da responsabilidade social (*social accountability*) da escola médica e da necessidade de aprender e trabalhar com profissionais de outras áreas da saúde (interprofissionalidade) (BOLELLA *et al.*, 2014).

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A presente pesquisa combina técnicas de coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos. Partindo do pressuposto de que, nos fenômenos sociais (o currículo como artefato social), há a possibilidade de se analisarem regularidades e frequências, bem como relações, histórias, representações, pontos de vista e lógica interna dos sujeitos atores do processo, utilizamos a dupla abordagem como estratégia de coleta e análise dos dados. Compreendemos ainda que, “enquanto o uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados indicadores e tendências observáveis” (MINAYO, 2014, p.56), os métodos qualitativos se debruçam sobre a história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões dos sujeitos sobre as coisas – produtos das suas interpretações sobre os fenômenos (MINAYO, 2014).

Essa estratégia metodológica confere ao estudo um delineamento de **métodos mistos**, na medida em que se constitui um procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa, cujo pressuposto central é o de que a interação entre eles fornece melhores possibilidades analíticas (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011 *apud* PARANHOS *et al.*, 2016). Os procedimentos quantitativos e qualitativos de levantamento e análise dos dados foram a pesquisa documental de natureza qualitativa e a pesquisa de opinião de natureza quantitativa.

2.2 PESQUISA DOCUMENTAL DE NATUREZA QUALITATIVA

Documentos são declarações escritas, reconhecidas oficialmente, que provam a autenticidade de um fato. Constituem textos oficiais, instrutivos e testemunhais, com valor legal. Antes de se tornar uma prática, o currículo é documento que informa a “perspectiva oficial” declarada por uma política educacional referente à construção curricular no cotidiano educacional (FELÍCIO, 2008). Na pesquisa em educação, consideramos que os documentos constituem fonte poderosa de informação, de onde podem ser retiradas evidências que

fundamentem afirmações e declarações do pesquisador. Representam, ainda, uma fonte “natural” de informação sobre o contexto em que surgem (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Na análise curricular, esses documentos declaram uma identidade formativa. Ao oficializarem os objetivos do processo educacional, as metas a serem atingidas e as opções metodológicas adotadas (FELÍCIO, 2008), os documentos curriculares informam com textualidade o percurso formativo pelo qual o estudante irá passar. A análise documental constitui, portanto, importante fonte de informação sobre as identidades e subjetividades forjadas na discursividade desses textos.

Com a pesquisa documental, buscamos descrever e examinar a inserção e integração das disciplinas das ciências humanas em currículos dos cursos de Medicina, bem como identificar a relação estabelecida entre esses conhecimentos e os princípios da integração curricular.

2.2.1 Participantes da pesquisa documental

Para a análise documental, selecionamos matrizes curriculares e Projetos Políticos Pedagógicos (PPC) de escolas médicas do país, tendo como critérios de inclusão da amostra os currículos das escolas com notas 4 e 5 (quatro e cinco) no Conceito Preliminar de Curso (CPC)²², por serem as maiores notas conceituais e refletirem, assim, maior qualidade de organização didático-pedagógica. O ranqueamento com o qual estamos trabalhando foi

²² O Conceito Preliminar de Curso (CPC) é um indicador preliminar da situação dos cursos de graduação no país que reflete sua qualidade em oito componentes, agrupados em três dimensões de avaliação, quais sejam: 1) Desempenho dos Estudantes: mensurado a partir das notas dos estudantes concluintes no ENADE e dos valores do Indicador da Diferença entre os Desempenhos Esperado e Observado (IDD); 2) Corpo Docente: analisado com base em informações obtidas a partir do Censo da Educação Superior sobre a titulação e o regime de trabalho dos docentes vinculados aos cursos avaliados; e 3) Percepção Discente sobre as Condições do Processo Formativo: verificada com o levantamento de informações relativas à organização didático-pedagógica, à infraestrutura e instalações físicas e às oportunidades de ampliação de formação acadêmica e profissional, a partir das respostas obtidas com a aplicação do Questionário do Estudante do ENADE dos currículos e projetos pedagógicos institucionais (BRASIL, 2018). O Conceito de Curso (CC), por sua vez, é um indicador de qualidade obtido por meio do “Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação – Presencial e a Distância” (<http://portal.inep.gov.br/superior-condicoesdeensino-manuais/>), preenchido por especialistas do banco de dados do INEP, com base nos documentos e textos apresentados pela IES, em visita *in loco* (TOZZI; TOZZI, 2017). Essa avaliação pode confirmar ou modificar o CPC, entretanto o CC não substitui o CPC: ambos os conceitos mantidos na divulgação dos resultados. A necessidade de avaliação *in loco* para a renovação do reconhecimento dos cursos é determinada pelo CPC: cursos que obtiverem CPC 1 e 2 são automaticamente incluídos no cronograma de avaliação *in loco*. Cursos com conceito igual ou maior que 3 podem optar por não receber a visita dos avaliadores e, assim, transformar o CPC (Conceito Preliminar de Curso) em CC, que é um conceito considerado permanente (BRASIL, 2018).

publicado em 27/11/2017 e refere-se às avaliações realizadas até o ano de 2016 disponíveis no Portal e-MEC e acessados em janeiro de 2018²³. Esse recorte se justifica pelo pressuposto de que quanto maior o conceito, maior a qualidade do seu projeto curricular.

Outro critério para inclusão nessa seleção diz respeito ao acesso aos documentos dos cursos. Incluiu-se aquelas que, além de terem notas 4 e 5 no CPC, tivessem disponíveis em sítio eletrônico: a) a grade, matriz ou estrutura curricular e b) os planos de ensino e/ou ementas das disciplinas.

Dentre as 66 (sessenta e seis) escolas médicas avaliadas com CPC 4 e 5, 20 (vinte) atendiam ao critério de disponibilização de materiais e foram selecionadas para análise documental. O Quadro 2 apresenta a caracterização da amostra documental quanto à natureza administrativa, ano de abertura do curso, região em que se localiza, ano do documento curricular e carga horária total do curso.

²³ O percurso de construção da análise documental desta pesquisa contou com diferentes entraves e reformulações. Um primeiro recorte para a pesquisa foi pensado para o Estado de Minas Gerais, por ser o Estado onde nos situamos geograficamente. Minas Gerais é o segundo colocado em número de escolas médicas, atrás apenas do Estado de São Paulo. Esse grande volume de instituições conclamava mais um recorte a amostra, que foi feito a partir das esferas administrativas pública e privada. Entretanto, pela escassa disponibilização *on-line* de materiais curriculares das escolas médicas mineiras de ambas as esferas administrativas, revisamos essa opção e avançamos para uma segunda possibilidade de recorte, que consistia em considerar o aspecto temporal, a partir do ano de início das atividades dos cursos. Essa possibilidade de recorte permitia uma leitura mais política da composição curricular dessas escolas, considerando que a maioria das escolas médicas tiveram suas atividades iniciadas após os programas político-sociais de 2010 a 2016, em um contexto pós reformas curriculares de 2001 e 2014. Também por impasses na obtenção dos documentos curriculares, optamos por uma nova amostra, com seleção baseada num indicador de qualidade, obtido em avaliações do MEC (CPC). À época (2016-2017), o ranqueamento com o qual estávamos trabalhando foi publicado do ano de 2013 e estava em vigor até a data de 27/11/2017, quando foram publicados os resultados do novo ciclo avaliativo (2016). Como a análise dos dados anteriores não estava concluída, optamos por realizar uma nova incursão exploratória-descritiva e, conseqüentemente, nova seleção para análise documental, o que nos permite o contato com dados atualizados e que refletem de forma mais fidedigna o cenário atual das escolas médicas no Brasil, suas avaliações e seus currículos.

Quadro 2 – Amostra selecionada para análise documental.

Unidade de contexto (UC)	Adm.	Ano de abertura	Região	Ano do documento curricular	Carga horária total do curso (horas/aula)
A5	estadual	2002	Sul	2009	8258
A6	estadual	1935	Sudeste	2014	9759
A9	estadual	1962	Sudeste	2006	9854
A15	federal	1961	Sul	2007	9227
A16	federal	1808	Sudeste	2009	8550
A17	federal	1933	Sudeste	2017	9506
A19	privado	2006	Nordeste	2016	8532
A21	federal	2012	Sudeste	2015	7675
A22	federal	1911	Sudeste	2015	8085
A28	federal	1962	Centro-oeste	2015	7920
A32	privada	2006	Norte	2016	7490
A33	privada	1953	Nordeste	Não informado	7678
A42	privada	1968	Sudeste	2015	9120
A54	federal	1950	Nordeste	2013	8900
A56	federal	1912	Sul	2010	8400
A58	federal	1960	Sul	2017	7670
A59	federal	2005	Sudeste	2007	9620
A60	federal	2010	Norte	2016	8340
A61	federal	2002	Norte	2000	8640
A63	privada	1970	Sudeste	2017	8740

Fonte: a autora.

2.2.2 Tratamento e análise dos dados documentais

Para exame dos dados documentais, elegemos como método a **análise de conteúdo do tipo temática**, por meio do processo de categorização, proposto por Bardin (1977) e Minayo (2012, 2014). Dentre as diferentes possibilidades de categorização, a temática “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’, ou temas, que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1977, p. 105).

Segundo Bardin (1977), a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto e reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. Funciona por operações de desmembramento do texto em categorias segundo agrupamentos analógicos, um processo estruturalista que comporta duas etapas: inventário (isolar os elementos) e classificação (repartir os elementos, e procurar ou impor uma certa organização às mensagens). As categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, agrupamento este efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos. A definição das categorias analíticas seguiu o modelo misto, no qual algumas categorias são selecionadas antecipadamente (emanam da literatura) e

outras são consideradas a partir do conteúdo que surge na leitura dos materiais (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Após leitura exaustiva de todas as ementas das disciplinas dos documentos selecionados, as disciplinas e temas que se referiam às humanidades foram destacadas e caracterizadas quanto à carga horária, temáticas enunciadas e localização na matriz, a fim de verificar como se inserem nas matrizes. Também foram categorizadas as temáticas humanísticas inseridas em módulos multidisciplinares ou expressas transversalmente em outras disciplinas. Os termos-chave nessa organização foram as nomenclaturas das disciplinas de humanidades médicas (Filosofia, Ética e Bioética, Psicologia, Antropologia, Artes, Sociologia, História, Política, Educação) e as temáticas enunciadas na fundamentação teórica deste estudo.

Após organizados os dados, o processo de análise foi mediado por indicadores de análise, considerando a presença e grau de integração dos conteúdos humanistas nos currículos e foram expressos em dimensões, categorias e subcategorias como mostra o Quadro 3.

Quadro 3 – Indicadores de análise qualitativa.

Dimensão	Categorias	Subcategorias	Indicadores
Inserção das humanidades nos currículos	Disciplinas	Disciplinas “formais”	A matriz curricular apresenta as humanidades em disciplinas, como Ética, Bioética, Psicologia, Sociologia, Antropologia.
		Temas vinculados	As temáticas humanísticas aparecem articuladas à outras áreas de conhecimentos
Integração das humanidades nos currículos	Articulação horizontal	Multidisciplinaridade	A matriz curricular evidencia o olhar de várias disciplinas específicas sobre um mesmo problema. As humanidades aparecem em integradas em várias disciplinas, articulando capacidades, saberes e atitudes humanísticos e biomédicos.
		Interdisciplinaridade	
		Transversalidade	
	Articulação vertical	Integração básico-avançado	Observa-se continuidade entre as experiências de aprendizagem das humanidades ao longo dos ciclos básico e avançado, compondo uma unidade didática.
		Níveis crescentes de complexidade	As temáticas enunciadas evidenciam uma perspectiva dinâmica e progressiva do conhecimento humanístico.
	Articulação lateral	Ensino baseado na comunidade	As humanidades aparecem articuladas às atividades de integração ensino-serviço-comunidade.
Equidade de carga horária		A matriz curricular apresenta equilibra minimamente equitativamente o quantitativo de carga horária destinada às disciplinas biomédicas e humanísticas.	
Equilíbrio	Equilíbrio	Competências, habilidades e atitudes	A matriz curricular equilibra competências, habilidades e atitudes recomendadas para a formação médica.

Fonte: a autora.

2.3 PESQUISA DE OPINIÃO DE NATUREZA QUANTITATIVA

A pesquisa de opinião ou *survey* obtém informações sobre características, ações ou opiniões de um determinado grupo de pessoas (amostra de população-alvo), por meio de um instrumento de pesquisa predefinido (questionário) (FREITAS *et al.*, 2000).

Neste estudo, a pesquisa de opinião objetivou elucidar a percepção de um grupo de atores da educação médica sobre as dimensões de integração das humanidades nos currículos, possibilitando ampliar a discussão dos dados documentais e compreender o desenvolvimento de habilidades humanísticas na formação médica à luz dessas percepções.

2.3.1 Participantes da pesquisa *survey*

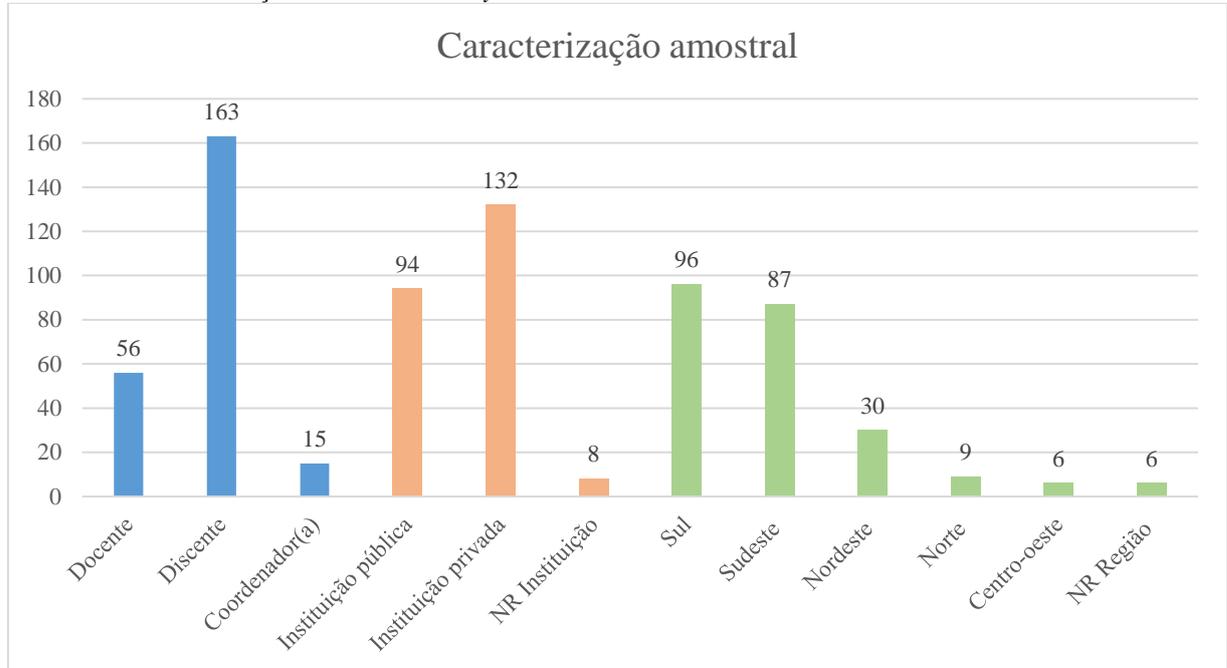
Para o levantamento *survey*, optamos pela aplicação de questionário estruturado aos participantes do 55º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM, Porto Alegre, RS, outubro/2017), considerada assim uma amostra de conveniência. Essa técnica de amostragem não probabilística consiste em selecionar uma amostra representativa de uma população-alvo e que esteja acessível. Nesse caso, os participantes do COBEM (docentes, discentes e coordenadores de curso médico) representam um grupo de profissionais envolvidos com a educação médica e, por estarem agregados no mesmo espaço físico em um evento de porte nacional que discute justamente essa temática, foram considerados uma amostragem representativa e disponível.

Os participantes do evento foram abordados nos intervalos das conferências e convidados a responderem questionário²⁴ contendo 14 questões, em escala Likert, que buscam opiniões sobre as dimensões “inserção das disciplinas das ciências humanas nos currículos dos cursos de medicina” e “humanidades e os princípios do currículo integrado” (ANEXO). O questionário continha, ainda, caracterização da amostra quanto a região de origem, âmbito jurídico da instituição (privada, pública ou confessional) e papel (docente, discente ou coordenador/a).

²⁴ O questionário foi submetido a pré-teste com discentes de um curso de Medicina e docentes da área médica.

Foram obtidos 234 (duzentos e trinta e quatro) questionários válidos. Sobre a caracterização dos respondentes, a maioria era de alunos (70%), de escolas particulares (58%) da região Sul do país (41%)²⁵.

Gráfico 1 – Caracterização da amostra *survey*.



Fonte: a autora.

NR: não respondeu.

2.3.2 Tratamento e análise dos dados quantitativos

A fim de melhor visualizar os resultados do *survey*, os dados obtidos por meio de escala Likert foram tabulados no modo simplificado, considerando as entradas “discordo”, “concordo”, “não concordo nem discordo” e “em branco”, para as questões não respondidas.

Os dados do levantamento foram tabulados no *software* de criação e edição de planilhas *Microsoft Excel*® e analisados por meio de Análise Descritiva, pela qual aspectos importantes de um conjunto de dados são organizados, resumidos e descritos com auxílio de tabelas de frequências, onde estão apresentadas as contagens em cada categoria (frequência absoluta) e com os percentuais que essas contagens representam no total (frequência relativa).

²⁵ A coleta de dados aconteceu em evento no estado do Rio Grande do Sul, o que explica a maioria de respondentes dessa região.

Os resultados obtidos em cada questão foram apresentados e discutidos junto aos dados da análise documental, articulados aos indicadores da análise qualitativa (conforme indicada anteriormente no Quadro 3), no intuito de integrar as informações e ampliar a leitura do problema.

2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

De acordo com a Resolução CNS/MS n.º 510 (BRASIL, 2016), as pesquisas que utilizam informações de acesso público (nos termos da Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011) ou informações de domínio público e dados obtidos por meio de coleta de opinião com participantes não identificados (ambos correspondem à nossa pesquisa) não necessitam de registro ou avaliação pelo sistema CEP/CONEP.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 HUMANIDADES NOS CURRÍCULOS MÉDICOS

Examinamos a inserção das humanidades médicas nas propostas curriculares selecionadas, a fim de compreender a integração das humanidades a partir de uma amostra de currículos considerados muito bem avaliados pela avaliação externa. Articulamos os achados documentais às percepções dos respondentes da pesquisa de opinião procurando compreender como as humanidades se inserem, integram-se e são percebidas por um grupo de atores do cenário da educação médica.

Para a análise temática dos conteúdos curriculares, agrupamos os indicadores enunciados nos documentos curriculares, obtendo um quadro temático das humanidades expressas nos documentos.

Quadro 4 – Temáticas das humanidades nos currículos médicos analisados.

Quadro temático	Frequência
Psicologia Médica (inclui aspectos psicológicos do processo saúde-doença, psicologia do desenvolvimento, semiologia das relações humanas, relações interpessoais, relação médico-paciente, habilidade de comunicação, psicodinâmica das relações)	20 currículos
Ética e bioética (inclui ética médica e deontologia)	19 currículos
Multidimensionalidade humana (inclui integralidade, aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença-cuidado, clínica ampliada e centrada na pessoa, política de humanização)	09 currículos
Sociologia (inclui cidadania e sociedade, saúde e sociedade, ciências sociais aplicadas à saúde, determinantes sociais em saúde)	08 currículos
Antropologia	03 currículos
História da medicina	03 currículos

Fonte: a autora.

A *psicologia médica* é o único conjunto de temas que aparece em todos os currículos analisados, seguida das matérias de ética e bioética (em 19 currículos analisados). Sobre sua inserção, parece que há importância atribuída aos elementos relacionais da prática médica, ao menos teoricamente. O conteúdo predominante contempla o estudo das relações interpessoais, em especial da relação médico-paciente e habilidades de comunicação com pacientes, famílias e comunidades. De fato, pesquisadores da área concordam que a psicologia médica é,

principalmente, o estudo e ensino dinâmico da relação médico-paciente, sendo seu objetivo final uma *medicina centrada na pessoa* (EKSTERMAN, 1996). Ao introduzir no campo biomédico conhecimentos de origem psicológica, essa disciplina e os temas que ela abarca permitem a formação do profissional de saúde por meio de uma experiência de autoconhecimento que favorece as relações, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, capacidade de compreensão empática e o olhar ampliado sobre a o processo saúde-doença-cuidado.

No campo da *ética* e da *bioética*, as temáticas se fazem pertinentes por trazerem referências morais e legais ao exercício da Medicina. Derivada da Ética, a Bioética surge estabelecendo um diálogo entre as ciências e as humanidades, como campo de questionamento dos avanços médicos em coalisão com direitos humanos e civis (RIOS, 2016). Nos últimos anos, tem se desenvolvido amplamente, na medida em que reconheceu o direito individual de apoiar diferentes sistemas de valores (princípio da autonomia), levando em conta que as sociedades democráticas atuais são caracterizadas pela coexistência de sistemas de valores éticos e religiosos muito diversos, que podem facilmente entrar em conflito na ocasião de um ato clínico (GALLIAN; CLEMENTE, 2014).

A *multidimensionalidade humana* aparece como temática próxima à das humanidades (e até mais frequente do que muitas delas), reforçando a visão da *integralidade* no processo saúde-doença como condição essencial para o debate da humanização em saúde. A integralidade é um conceito (e um princípio doutrinário do SUS) que considera os sujeitos como totalidades, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios (NIETSCHE, 2000 *apud* MACHADO *et al.*, 2007). Entendemos com Machado *et al.* (2007) que a integralidade no cuidado se refere à percepção do usuário de serviços de saúde como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Assim, seus temas se alinham aos objetivos das humanidades médicas e constituem, não disciplinas em si mesmas, mas disposições conceituais que favorecem processos humanizadores nas práticas de saúde.

Nota-se que os temas alinhados à *sociologia* aparecem menos em relação aos dois primeiros, ainda que sejam considerados fundamentais para a compreensão das representações e determinações sociais do processo saúde-doença-cuidado. Nessa comparação, pode-se inferir que os primeiros, ainda que mantenham relações com análises sociais, são mais voltados à clínica, notadamente uma leitura que a Medicina possui mais domínio. A Sociologia Médica estuda a relação entre indivíduos e grupos sociais em relação à saúde e à doença, abordando especialmente os fatores sociais que influenciam doenças e cuidados médicos (nível

econômico, classe social, tipo de trabalho etc.). Estuda também (às vezes sob o nome da Sociologia da Medicina) instituições médicas, as estruturas sociais dedicadas ao ensino e à prática da Medicina, hospitais e clínicas (instituições sociais), empresas, sociedades científicas ou universidades (GALLIAN; CLEMENTE, 2014).

Os temas mais negligenciados nos currículos analisados foram *história da medicina* e *antropologia médica*.

Um dos pilares fundamentais das humanidades médicas, a história da medicina fornece a análise genealógica e diacrônica de todas as situações clínicas que as outras disciplinas estudam a partir de uma perspectiva lógica e sincrônica. Também fornece uma perspectiva crítica que se estende à história natural e social da doença, ao estudo das instituições terapêuticas e aos diferentes sistemas de ideias médicas e práticas clínicas (GALLIAN; CLEMENTE, 2014). Já a antropologia médica (ramo da antropologia cultural ou social) tem por objeto de estudo os processos e representações culturais da saúde e da doença, os aspectos culturais do atendimento clínico e dos diversos sistemas de saúde. Interessa-se pela origem social das doenças e trabalha com a metodologia da antropologia atual, incluindo estudos etnográficos por meio de observações, entrevistas e questionários que nos permitem conhecer a relação entre saúde, meio ambiente, sociedade, cultura e política (GALLIAN; CLEMENTE, 2014). Nesse sentido, a escassa presença dessas matérias nos currículos analisados indica pouca exploração de outras vias de compreensão da Medicina e de seu objeto de estudo.

Não se observa em nenhum currículo da amostra analisada a presença de outras humanidades clássicas como *filosofia*, *artes* e *literatura*, consideradas referências teórico-conceituais para uma compreensão ampliada do sofrimento humano em sua essência e existência, especialmente por meio de linguagens sensíveis (artísticas). Caracterizada pela expressão estética de emoções, a arte e a literatura em medicina adota as produções culturais como objeto de análise para aprofundamento na experiência da doença (expressa por alguns escritores com uma extraordinária riqueza descritiva e reflexiva). Inclui, ainda, experiências terapêuticas realizadas com técnicas literárias ou oficinas artísticas (GALLIAN; CLEMENTE, 2014). “A experiência da cultura através das artes, da literatura, da filosofia – possibilitam não só um novo e mais amplo olhar – conhecimento – sobre a realidade, como desencadeiam um processo de profunda transformação no próprio sujeito que olha, que conhece”, afirmam Gallian, Pondé e Ruiz (2012, p. 13). Assim, excluir essas dimensões da formação médica tende a reduzir a leitura da magnitude das questões humanas vinculadas aos processos de produção saúde-doença-cuidado, tecnicizando o ato médico e o destituindo de sua amplitude.

Em relação à distribuição de disciplinas e temas, notamos que não há um consenso no cenário da educação médica sobre composição do campo das humanidades, pois cada instituição define o rol de temáticas humanísticas, sua carga horária e localização na matriz. Essa heterogeneidade também é apontada por Rios (2016), que afirma não existir ainda um pleno acordo sobre o conjunto de disciplinas/saberes que compõem a área das humanidades médicas.

Em nossa amostra, as humanidades médicas se inserem nos currículos de duas maneiras simultâneas – como “disciplinas formais” e como “temas vinculados” (em módulos multidisciplinares que aproximam temáticas ou outras disciplinares díspares). Em metade dos currículos (10), as humanidades se apresentam em um misto de disciplinas formais e módulos multidisciplinares que agregam as humanidades como temáticas.

As disciplinas formais compreendem o conjunto de conteúdos trazidos da Filosofia, Ética, Psicologia, Antropologia, Artes, Sociologia e História ao campo teórico e prático da medicina (PEREIRA, 2005). Em nossa amostra, essas disciplinas aparecem sob rótulos “clássicos”, como *psicologia médica*, *antropologia médica*, *deontologia*, *ética e bioética*, *sociologia*, mas também em combinações e derivações de suas temáticas, como “*cidadania e sociedade*”, “*psicologia médica, saúde e sociedade*”, “*saúde, ambiente e sociedade*”, “*sociologia, cultura e ética*”, “*ética e relações psicossociais*”, “*bases humanísticas e introdução à psicologia médica*”.

Os dados da nossa pesquisa de opinião mostraram-se contraditórios em relação à percepção dos respondentes sobre as disciplinas de humanidades médicas. Ficou claro que praticamente ninguém discorda da importância das disciplinas de humanidades no currículo. Perguntados se as disciplinas das humanidades médicas são fundamentais para a formação do médico, mais de 90% dos respondentes afirmaram que sim, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Percepção da relevância das humanidades na formação médica.

Questão 3: As disciplinas das humanidades médicas são fundamentais para a formação do médico.

	Concordo		Discordo		Não concordo nem discordo		Em branco		Total	
	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%
Coordenador(a)	14	93%	0	0%	0	0%	1	7%	15	100%
Estudante	150	92%	2	1%	11	7%	0	0%	163	100%
Professor(a)	51	91%	0	0%	1	2%	4	7%	56	100%

Fonte: a autora.

Entretanto, questionados sobre a aprendizagem de habilidades humanísticas, apenas a metade dos respondentes considera que depende das disciplinas de humanidades, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Percepção das humanidades como fundamentais à aquisição de habilidades.

Questão 5: A aprendizagem das habilidades humanísticas depende das disciplinas de humanidades.

	Concordo		Discordo		Não concordo nem discordo		NR		Total	
	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%
Coordenador(a)	7	47%	5	33%	3	20%	0	0%	15	100%
Estudante	80	49%	48	29%	34	21%	1	1%	163	100%
Professor(a)	30	54%	21	38%	3	5%	2	4%	56	100%

Fonte: a autora.

A porcentagem de entrevistados que discordam da afirmação é alta, sendo 33% dos coordenadores, 38% dos professores e 29% dos estudantes. Nesse sentido, parece que os participantes atribuem a aprendizagem dessas habilidades a elementos da formação médica que extrapolam o currículo formal, como convívio e identificação com docentes e preceptores.

Alonso (1998) pondera que, no complexo sistema de determinações sobre o currículo, é preciso considerar o caráter oculto e não previsível de muitas delas, especialmente as que se relacionam ao ambiente e que contribuem na socialização dos alunos via normas, valores e sistemas de comunicação que regulam o acesso do aluno ao conhecimento, em um contexto de relações sociais características. Como ressalta a autora, existe um campo de contradição entre o que se expressa no currículo e sua vivência na prática, o que nos alerta para a necessidade de conscientizar e desvelar aos professores, por meio da reflexão crítica, os mecanismos ocultos que contribuem para a desvirtuação e perversão do projeto inicial de formação e de socialização contidos no currículo (ALONSO, 1998).

Rios (2010) argumenta que, embora o aprendizado de valores e atitudes se dê pela observação dos mestres em ação no dia a dia, é fundamental que, nos currículos médicos, existam disciplinas específicas da área. Para a autora, é consensual a demanda por disciplinas

e temas humanísticos transversais, em diferentes momentos e disciplinas curriculares durante toda a graduação.

A presença de ciências humanas e sociais nas discussões éticas fundamentais para a formação do estudante (como a segurança do paciente e a diversidade na garantia de direitos sociais, questões de gênero e etnia, entre outras condições) é uma das definições das DCN/Medicina, que prevê ainda uma estrutura curricular tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação profissional (BRASIL, 2014). Consideramos essa proposição como condição instituída para a integração das humanidades nos currículos, assegurada por um referencial norteador. É preciso considerar, contudo, que as diretrizes não instituem um mínimo para as áreas de conhecimento, que são incorporadas pelas instituições a partir de diferentes compreensões, como veremos adiante.

3.2 INTEGRAÇÃO DAS HUMANIDADES NOS CURRÍCULOS MÉDICOS

3.2.1 Articulação horizontal

Examinamos a articulação horizontal das humanidades a partir dos conceitos de transversalidade e de interdisciplinaridade, elucidando a comunicação e o relacionamento entre as humanidades com os demais campos de conhecimento, em formatos disciplinares ou não. Assim, a estrutura curricular deve possibilitar a interligação entre as capacidades, saberes e atitudes desenvolvidos nas diferentes atividades curriculares, numa perspectiva globalizada e integrada do saber e da experiência (ALONSO, 1998).

A análise evidenciou aproximações à ideia de interdisciplinaridade por meio da articulação de temas em conjuntos denominados *módulos multidisciplinares*, como mostra o Quadro 5. Os módulos disciplinares, assim denominados pelo agrupamento de temas ou disciplinas tematicamente próximas, indicam tentativas de integrar horizontalmente conhecimentos e atitudes, alinhando conhecimentos em eixos temáticos e aproximando conteúdos em torno de um objetivo educativo.

Quadro 5 – Humanidades médicas em módulos multidisciplinares.

UC	Módulo	Temáticas inseridas
A5	Disciplina Integradora (I, II, III, IV)	O enfoque holístico na relação com o paciente e as implicações psicológicas, sociais e culturais (biopsicossocioambiental).
A19	Percepção, consciência e emoção Habilidades médicas I, II, V, VI, VII	Psicologia; Ética; Habilidade de comunicação; Relação interpessoal. Anamnese centrada na pessoa; Relação médico-paciente.
A17	Iniciação às Práticas Médicas O Cuidado Integral na Saúde da Família	Relação médico-paciente; Condições socioeconômicas da população e saúde; Abordagem centrada na pessoa.
A28	Saúde da família e comunidade 3, 4, 5	Clínica Ampliada e o Método clínico centrado na pessoa; A relação médico-paciente; Habilidades de Comunicação.
A32	Introdução ao estudo da medicina Habilidades Profissionais I, II e V Ginecologia e obstetrícia	Acolhimento ao aluno nas habilidades humanísticas. Vocação médica; Autocuidado, saúde mental e qualidade de vida; Humanização e Tecnologia; Relações humanas e meio ambiente; Humanização sustentável da Medicina; Relação médico-paciente; Escutar o paciente (mapa conceitual); Habilidades para uma atenção humanizada à usuária e seus familiares.
A33	Clínica Integrada I e II	Relação médico-paciente e sua psicodinâmica, comportamento e atitude em ambiente hospitalar (relações interdisciplinares); Visão holística do indivíduo e relação médico paciente.
A42	Programa de aproximação à prática médica I	História da medicina; Ética; Relações interpessoais; Ato de ouvir, observar, examinar e cuidar; Psicologia médica.
A54	Saúde e sociedade II e III	Comunicação em saúde.
A58	Introdução ao estudo da medicina I e II. Saúde do adulto I	Ética; Integralidade; História da medicina; Humanidades e medicina; Psicologia Médica; A bioética e a prática humanizada da medicina
A60	Habilidades clínicas e bioética I, II, III, IV, V	Habilidades de comunicação interpessoal e grupal; Princípios básicos e técnicas da relação médico-paciente; Ética médica; Comunicação interpessoal na abordagem dos pacientes, comunicação má notícia, comunicação clínica de situações sensíveis.

Fonte: a autora.

A inserção das humanidades em módulos indica uma possibilidade de integração de campos de conhecimentos aparentemente díspares, porém fundamentalmente complementares. Sobre essa inserção, esperava-se que o resultado fosse maior nos módulos de Saúde Pública e Saúde Coletiva, vinculados à medicina integral, abordagem familiar e comunitária. Nesses campos, nota-se ao menos teoricamente uma maior disposição para a inclusão de perspectivas subjetivas, integrais e holísticas das pessoas. Por serem fortemente vinculados à Política de Atenção Primária à Saúde, a Medicina de Família e Comunidade, ancoram-se no discurso das tecnologias leves e relacionais, da integralidade, da Clínica Ampliada e Compartilhada e da Medicina Centrada na Pessoa, abordagens que incorporam conceitos e referências das disciplinas humanísticas. A maioria das temáticas das humanidades vinculadas encontra-se, entretanto, nos módulos que objetivam aquisição de habilidades clínicas, referência a concepção de formação por competências.

As DCN/Medicina abordam *competência* como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014). Para Santos (2011), na formação profissional na área da saúde, competência deverá se traduzir na capacidade de um ser humano cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para prevenir e resolver problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional.

Nesse sentido, as humanidades surgem como parte do escopo de desenvolvimentos específicos que o graduando deve adquirir para o cuidado humanizado.

Segundo Lopes (2008), currículos organizados por competências normalmente se estabelecem a partir de módulos, uma vez que as habilidades e capacidades a serem formadas exigem conteúdos de diferentes disciplinas. A organização curricular, nesse caso, não tem centralidade no conhecimento ou em disciplinas e cada módulo deve ser organizado com o conjunto de saberes entendidos como necessários à formação das competências esperadas. Segundo Santos (2011), uma das características do currículo por competência consiste na direção dos processos educacionais a partir dos resultados a serem obtidos. Em nosso caso, o perfil do graduado médico proposto pelas DCN/Medicina, enquanto projeto de profissional a ser ejetado pelas escolas médicas, fundamenta (ou deve fundamentar) o elenco dessas competências, incluindo a habilidade humanística, ética, crítica e reflexiva. Ou seja, as humanidades surgem como possibilidade de ultrapassarem o campo cognoscente para serem traduzidas em comportamentos específicos – habilidades. Dessa forma, faz sentido que essas temáticas sejam transversais nas propostas curriculares.

Em relação à transversalidade, o que se espera nesse aspecto de integração refere-se à abordagem epistemológica do conhecimento, ou seja, a compreensão dos diferentes objetos a partir de um referencial norteador que se expresse em um atravessamento temático. Nesse sentido, observamos que nenhum currículo analisado oferece as humanidades ou as ciências humanas e sociais como um eixo transversal. A maior aproximação a esse conceito foi observada na proposição de disciplinas longitudinais, que atravessam o currículo como mostra o exemplo abaixo.

Quadro 6 – Inserção longitudinal de uma disciplina humanística.

A28	
Psicologia Médica 1 (1º semestre): abordagem dos temas acolhimento educação para as relações étnico-raciais; arrogância e humildade; formação de grupos; trabalho em equipe; sagrado e profano; metodologia de estudo; a organização da interação humana com o sistema, educação ambiental. Relações em desenvolvimento: características das relações com grupos de iguais – competição <i>versus</i> co-construção; características das relações hierárquicas (pais/filhos; professor/estudante; médico/paciente); autoridade <i>versus</i> corresponsabilidade. O trabalho em grupo.	
Psicologia Médica 2 (2º semestre): enfocará os temas “por que ser médico?”; representação social da figura do médico; modelos relacionais de Buber: Eu – Isso e Eu – Tu; polidez; generosidade; compaixão; doçura e proatividade.	
Psicologia Médica 3 (3º semestre): oferecerá compreensão sobre a doença e o doente; relação médico-paciente; a consulta; aspectos pragmáticos da comunicação; habilidades sociais; prudência; coragem; simplicidade; tolerância.	
Psicologia Médica 4 (4º semestre): compreensão do desenvolvimento humano ao longo do ciclo da vida; relação médico-paciente nas diferentes etapas da vida: infância, adolescência, adulto e idoso; o ciclo de vida familiar; cognição e aprendizagem segundo a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget; os oito estágios do ciclo vital segundo Erick H. Ericksson; as instâncias da personalidade e as fases do desenvolvimento psicosssexual segundo a psicanálise Freudiana.	
Psicologia Médica 5 (5º semestre): abordagem de situações especiais na relação médico-paciente; pacientes difíceis; a sexualidade do médico e do paciente; o lugar da perda e da morte na experiência humana; o humor.	
Psicologia Médica 6 (6º semestre): estudo da psicossomática; habilidades psicológicas do médico na relação médico-paciente; ética do cuidado; Medicina e religiosidade; corpo: dor, sexualidade e estética no processo saúde-doença; relação médico-paciente e poder.	
Psicologia Médica 7 (7º semestre): aspectos psicoafetivos de uma vida saudável; o médico também adoece; autocuidado; transtornos mentais em médicos; dependência química entre médicos; vida pessoal <i>versus</i> vida profissional: limites; boa-fé; o amor.	
Psicologia Médica 8 (8º semestre): possibilidades de atuação do médico; escolha da especialidade; Medicina privada; SUS; planos de saúde; mercado de trabalho; planejamento da carreira.	

Fonte: a autora.

A inserção longitudinal de uma mesma disciplina, como no caso acima, transmite a ideia de integração horizontal por meio de temáticas que discutem um mesmo tema em cada período ao longo de todo o curso. Entretanto, por não se alinharem às demais disciplinas, esse desenho curricular nos parece ofertar uma maior quantidade de espaços reservados aos conteúdos, e não necessariamente uma articulação integrada desses temas, já que não se inserem transversalmente nas demais disciplinas da matriz.

Sobre experiências curriculares interdisciplinares e transversais, 80% dos coordenadores, 66% dos professores e 59% dos estudantes respondentes da pesquisa de opinião concordaram que suas escolas oferecem tais espaços.

Tabela 3 – Percepção das experiências interdisciplinares.

Questão 6: O currículo médico da minha escola possibilita experiências interdisciplinares.										
	Concordo		Discordo		Não concordo nem discordo		Em branco		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Coordenador(a)	12	80%	0	0%	2	13%	1	7%	15	100%
Estudante	96	59%	36	22%	29	18%	2	1%	163	100%
Professor(a)	37	66%	8	14%	7	13%	4	7%	56	100%

Fonte: a autora.

Nenhum coordenador respondente entrevistado discorda da afirmação de que a instituição oferece experiências interdisciplinares. A maior discordância aparece entre os discentes, evidenciando descompasso entre a percepção dos discentes e dos coordenadores sobre as atividades interdisciplinares.

Quanto à inserção das temáticas de humanidades em múltiplos períodos do curso, 93% dos coordenadores, 64% dos professores e 64% dos estudantes concordaram com afirmativa de que as temáticas de humanidades aparecem em diversos momentos no currículo médico, inclusive dentro de outras disciplinas. A afirmativa também é mais presente entre os respondentes de escolas particulares (73%).

Tabela 4 – Percepção da longitudinalidade das humanidades.

Questão 7: As temáticas de humanidades aparecem em diversos momentos no currículo médico, inclusive dentro de outras disciplinas.

		Concordo		Discordo		Não concordo nem discordo		Em branco		Total	
		<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%
Cargo	Coordenador(a)	14	93%	0	0%	1	7%	0	0%	15	100%
	Estudante	104	64%	36	22%	23	14%	0	0%	163	100%
	Professor(a)	36	64%	11	20%	8	14%	1	2%	56	100%
Instituição	Particular	96	73%	21	16%	14	11%	1	1%	132	100%
	Pública	51	54%	25	27%	18	19%	0	0%	94	100%
	Em branco	7	88%	1	13%	0	0%	0	0%	8	100%

Fonte: a autora.

A articulação dessas temáticas, entretanto, é percebida em menor medida, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 – Percepção da articulação/transversalidade das humanidades.

Questão 8: As disciplinas de humanidades articulam-se com outras disciplinas e campos de conhecimento, no currículo de medicina da minha escola.

		Concordo		Discordo		Não concordo nem discordo		Em branco		Total	
		<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%
Cargo	Coordenador(a)	11	73%	2	13%	1	7%	1	7%	15	100%
	Estudante	82	50%	44	27%	35	21%	2	1%	163	100%
	Professor(a)	30	54%	9	16%	12	21%	5	9%	56	100%
Instituição	Particular	78	59%	21	16%	28	21%	5	4%	132	100%
	Pública	39	41%	33	35%	20	21%	2	2%	94	100%
	Em branco	6	75%	1	13%	0	0%	1	13%	8	100%

Fonte: a autora.

De acordo com os resultados, 73% dos coordenadores, 54% dos professores e 50% dos estudantes concordaram com a afirmação, sendo que os estudantes são os que mais discordam (27%). Esse resultado corrobora a ideia de que inserção longitudinal não significa, necessariamente, articulação horizontal.

A partir dessa realidade identificada nos currículos analisados e com a percepção dos entrevistados, que como sabemos se estende à grande parte dos projetos curriculares e cursos médicos em âmbito nacional, inferimos que os conceitos centrais da articulação horizontal – a interdisciplinaridade e a transversalidade – são apropriados pelos projetos de forma superficial. O primeiro como aglutinado de temas, o segundo como temas dispersos e pulverizados ao longo da matriz.

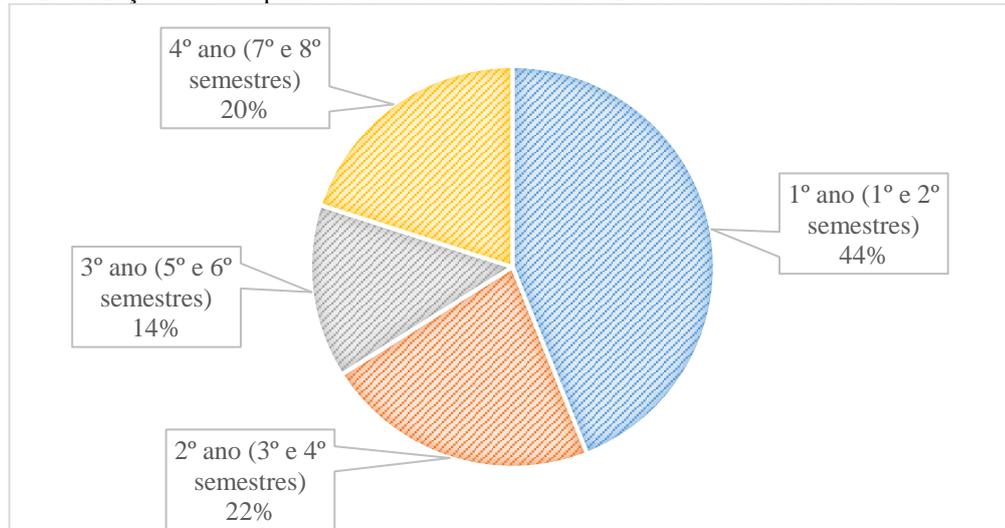
Ao assumir concepções rasas sobre essa face da articulação, as instituições correm o risco de não possibilitarem uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, que passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar como destacado por Feuerwerker (2002), mantendo fragmentadas as discussões e apropriações conceituais.

3.2.2 Articulação vertical

Nesse nível de articulação, examinamos a continuidade entre as experiências de aprendizagem das humanidades ao longo dos ciclos básico e avançado, no intuito de se compor uma unidade didática. Alonso (1998) salienta a permanente necessidade de melhorar a articulação vertical no âmbito de cada uma das disciplinas que integram o currículo, organizando seus conteúdos e objetivos numa perspectiva espiral, em torno de eixos (conceitos, tópicos, problemas) ou unidades didáticas que se conectam umas às outras, com sentido e significado.

As disciplinas das humanidades aparecem com grande frequência nos períodos iniciais (ciclo básico) e com pouca frequência nos períodos finais (ciclo avançado ou profissionalizante).

Gráfico 2 – Localização das disciplinas de humanidades nas matrizes curriculares analisadas.



Fonte: a autora.

De modo semelhante, os respondentes da pesquisa de opinião assinalaram uma maior concentração das disciplinas de humanidades no 1º ano (2º semestre) e no 2º ano (4º semestre).

Tabela 6 – Percepção da concentração das humanidades por período.

Questão 11: Em quantos períodos (semestres) do curso, na sua escola, as disciplinas de humanidades se concentram?

De 1 a 5		De 6 a 10		Acima de 10		Em branco		Total	
Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
160	68,37%	54	23,08%	11	4,7%	9	3,85%	234	100%

Fonte: a autora.

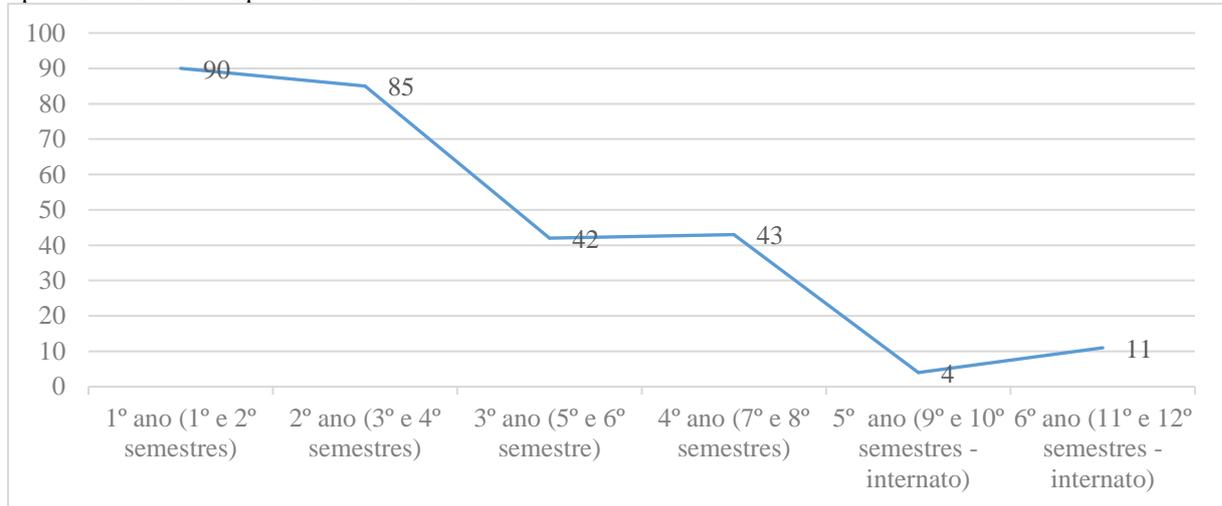
Sabemos que a experiencição das discussões humanísticas no início do curso médico pode promover a aproximação dos graduandos aos seus conceitos e reflexões, na medida em que já se sabe que a escolha pelo curso médico costuma ser justificada pelo desafio intelectual e preocupação com questões humanitárias, como “ajudar pessoas”, “fazer o bem” e manter uma “boa relação médico-paciente”, conforme nos mostra Scheffer *et al.* (2018), ainda que as humanidades não se limitem a essas concepções.

Entretanto, se essas disciplinas permanecem concentradas apenas nos períodos iniciais, provocam ruptura nas discussões. Isoladas nos anos iniciais, carecem de diálogo com as demais disciplinas da graduação e ficam condicionadas à condição de corpo estranho no ensino médico. Resulta disso a visão de sua pouca serventia, distante do que é tido como o escopo central da profissão médica, e assim “dispensáveis” ou desmotivadoras (RIOS, 2010).

Essa condição se agrava na transição entre os ciclos básico e avançado, quando costuma ocorrer um abrupto afastamento das disciplinas básicas em função da prática clínica e

hospitalar. De fato, se somados os resultados da pesquisa de opinião e da análise documental, temos um cenário de um declínio quantitativo das disciplinas humanísticas nos currículos com o decorrer dos semestres.

Gráfico 3 – Localização das disciplinas de humanidades somados os currículos analisados e a pesquisa de opinião. Dados de frequência absoluta.



Fonte: a autora.

Convém ressaltar que os 5º e 6º anos correspondem ao estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, e possuem uma formatação diferente das etapas anteriores (geralmente modular e predominantemente prático), o que na maior parte dos casos justifica a maior escassez de disciplinas de humanidades nessa fase.

Ressalvas feitas, ao se analisar essa questão sob o prisma dos princípios de integração curricular, como propostos por Alonso (1998), podemos inferir uma desarticulação no nível vertical da integração curricular, que diz respeito à continuidade curricular idealmente pensada numa perspectiva cíclica e em espiral, em que cada tópico vai aumentando a sua complexidade ao longo dos diferentes níveis de escolarização (ou formação profissional como é o nosso caso).

Sobre a divisão curricular em ciclos tradicionais (básico e avançado ou profissional), 53% dos coordenadores, 63% dos professores e 72% dos estudantes concordaram com a afirmação. Dos entrevistados, os coordenadores são os que mais discordam da afirmação (47%). Entretanto, apenas 47% dos coordenadores, 39% dos professores e 31% dos estudantes afirmam que as disciplinas de humanidades aparecem em todos os ciclos do curso. Dentre os entrevistados, os estudantes são os que mais discordam da afirmação (49%). Apenas os coordenadores apresentaram porcentagem de concordância maior que a porcentagem de discordância.

Tabela 7 – Percepção da presença das humanidades nos ciclos do curso.

Questão 10: No currículo da minha escola as disciplinas de humanidades aparecem em todos os ciclos do curso.

	Concordo		Discordo		Não concordo nem discordo		Em branco		Total	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
Coordenador(a)	7	47%	3	20%	4	27%	1	7%	15	100%
Estudante	51	31%	80	49%	31	19%	1	1%	163	100%
Professor(a)	22	39%	24	43%	7	13%	3	5%	56	100%

Fonte: a autora.

Nesse sentido, inferimos que as humanidades nos currículos médicos analisados, junto a percepção dos respondentes da pesquisa de opinião, não se articulam verticalmente na medida em que se situam em espaços confinados de saber. Também não se apresentam níveis crescentes de complexidade, ao contrário, observa-se um decréscimo quantitativo e qualitativo em sua inserção ao longo dos ciclos.

Esse fenômeno foi destacado por Albuquerque *et al.* (2009) como atribuição de diferentes valores às diferentes disciplinas.

Em geral, as disciplinas que lidam com os aspectos biológicos e com as intervenções no corpo, mediadas por procedimentos, são espaços que recebem maior investimento por parte da comunidade acadêmica. Pouca atenção está voltada àquelas que propõem reflexões e ações no campo da ética, das humanidades, do ambiente, das relações interpessoais, intrapsíquicas e das interações sociais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009, p. 264).

Mais uma vez, esse cenário se configura a partir de um ordenamento disciplinar característico do racionalismo científico. O perfil do profissional tende, assim, a construir naturalmente a partir de um paradigma reducionista e fragmentado, o que certamente impacta em sua visão do mundo e em suas práticas de atenção à saúde das pessoas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009).

A relação da instituição com os sujeitos aprendentes está permeada pela “transmissão” de determinados conhecimentos curriculares e, conseqüentemente, essa escolha é feita excluindo-se outros. Apple (2008) analisa esse movimento pensando nas relações entre o conhecimento aberto e encoberto que se ensina nas escolas, bem os princípios de seleção e organização desse conhecimento. Na medida em que entendemos a cultura e o conhecimento como produtos das relações sociais e, portanto, das relações hierárquicas, assimétricas e de poder, o currículo (tal como o conhecimento e a cultura) não pode ser considerado fora dessas relações, pois é a oficialização dos saberes contidos e excluídos da formação. Assim, é possível que a escola médica, tanto quanto outras instituições, se porte como agente de uma hegemonia

cultural e ideológica, reproduzindo certas desigualdades. E esse processamento se faz por meio das escolhas curriculares, que não se encontram fora da dimensão cultural.

3.2.3 Articulação lateral

Nesse nível de articulação, analisamos como as humanidades se integram às propostas de integração ensino-serviço-comunidade, considerando as proposições de Alonso (1998) no que diz respeito à interação da escola com o meio, ou seja, à lateralidade. Nesse aspecto, procuramos identificar as discussões das humanidades nas ementas das disciplinas e módulos que promovem integração ensino-serviço-comunidade.

Acreditamos que a presença das humanidades nesses cenários evita que graduandos adquiram estruturas semânticas paralelas, justapostas e independentes umas das outras, ou seja, que desenvolvam capacidades e “aprendizagens” técnicas e humanísticas que não sirvam para interpretar e intervir nos problemas do cotidiano, descolados da realidade e sem sentido prático.

Em nossa amostra documental, examinamos a articulação das discussões humanísticas nas ementas de disciplinas que propõem o SUS como cenário de prática e a integração ensino-serviço-comunidade como metodologia e cenário de aprendizagem. Observamos uma aproximação em 07 (sete) matrizes, como mostra o Quadro 7.

Quadro 7 – Humanidades médicas em integração ensino-serviço-comunidade.

Módulo/disciplina	Temática	UC
Med. Integral, Familiar e Comunitária	Humanismo, ética, comunicação e prática médica. Respeito. Empatia Ética e Comunicação	A6
Iniciação às Práticas Médicas	Relação médico-paciente. Condições socioeconômicas da população e saúde.	A17
Saúde da família e comunidade	Clínica Ampliada e o Método clínico centrado na pessoa Relação médico-paciente Habilidades de Comunicação.	A28
Habilidades Profissionais	Humanização e Tecnologia. Relações humanas e meio ambiente. Relação médico-paciente em seus diferentes campos de atuação. Escutar o paciente. Habilidades de más notícias.	A32
Saúde e sociedade	Comunicação em saúde em equipe multi e interdisciplinar e multiprofissional em unidades básicas Interação Ensino-Serviços-Comunidade Comunicação em saúde.	A54
Interação Comunitária	Relação médico-paciente embasados nos fundamentos éticos nas unidades básicas de saúde	A58
Prática Profissional	Promoção da saúde a partir da compreensão dos processos fisiológicos, subjetivos e socioculturais das pessoas	A59

Fonte: a autora.

Analisando o quadro acima, notamos que há pouca integração das humanidades em disciplinas e módulos disciplinares baseados no ensino em serviço. Esse resultado aparece semelhante na pesquisa de opinião, como mostra a Tabela 8.

Tabela 8 – Percepção das humanidades na interação ensino-serviço-comunidade.

Questão 14: Os conteúdos das humanidades médicas, em sua escola, estão articulados às práticas na comunidade?

		Sim		Pouco		Não		Não sei		Total	
		<i>Freq.</i>	%								
Cargo	Coordenador(a)	1	7%	3	20%	10	67%	1	7%	15	100%
	Estudante	7	4%	43	26%	75	46%	38	23%	163	100%
	Professor(a)	2	4%	15	27%	25	45%	14	25%	56	100%
Instituição	Particular	83	63%	28	21%	5	4%	16	12%	132	100%
	Pública	34	36%	43	46%	9	10%	8	9%	94	100%
	Em branco	7	88%	1	13%	0	0%	0	0%	8	100%

Fonte: a autora.

De acordo com as percepções dos respondentes, a maioria dos coordenadores (67%) considera que os conteúdos das humanidades médicas, em sua escola, não estão articulados às práticas na comunidade. Já em relação aos professores, 45% consideram que os conteúdos não estão articulados às práticas na comunidade, enquanto que 27% consideram que os conteúdos estão pouco vinculados. Além disso, 25% não souberam responder. Dos estudantes entrevistados, 46% consideram que os conteúdos não estão articulados às práticas na comunidade, 26% consideram que os conteúdos estão pouco vinculados, e 23% não souberam responder. A maioria dos entrevistados de escolas particulares (63%) considera que os conteúdos das humanidades médicas, em sua escola, estão articulados às práticas na comunidade. Ao contrário, a maioria dos entrevistados de escolas públicas (46%) considera que os conteúdos estão pouco articulados às práticas na comunidade, e 10% responderam "Não". De acordo com a análise gráfica, a variável "Particular" apresenta associação com a resposta "Sim", e a variável "Pública" apresenta proximidade com as respostas "Pouco" e "Não".

A baixa interação das discussões das humanidades na integração ensino-serviço-comunidade indica pouca articulação teórico-prática entre a concepção do cenário de ensino e suas proposições conceituais, como integralidade do cuidado e humanização das ações em saúde. Os princípios e diretrizes do SUS e os conceitos das humanidades devem, assim, ser alinhados às proposições que intentam cuidado integral, centrado na pessoa, na família e na comunidade, pautado na concepção de clínica ampliada e compartilhada.

Atualmente, as DCN/Medicina recomendam que estrutura dos cursos médicos tenham como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas pelo setor saúde. As escolas médicas devem, ainda, promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com esse eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais. Além disso, devem inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem (BRASIL, 2014).

3.2.4 Equilíbrio

A análise da distribuição de carga horária entre as disciplinas mostra que as humanidades ocupam uma pequena fatia da carga horária total dos cursos – uma média de 1% da carga horária total dos cursos, como se pode observar na Tabela 9.

Tabela 9 – Quantitativo de carga horária.

UC	C.h. total do curso	C.h. total disciplinas humanísticas	%
A5	8258	180	0,22%
A6	9759	90	0,92%
A9	9854	168	1,70%
A15	9227	120	1,30%
A16	8550	75	0,88%
A17	9506	172	1,81%
A21	7675	135	1,76%
A22	8085	210	2,6%
A28	7920	300	3,79%
A33	7678	94	1,22%
A42	9120	200	2,19%
A54	8900	136	1,52%
A56	8400	115	1,37%
A61	8640	240	2,78%
A63	8740	90	1,03%

Fonte: a autora.

Percebe-se que há pouco espaço nos currículos analisados reservado às disciplinas de humanidades, um fato do nosso recorte amostral que se estende, como sabemos, à realidade da maioria das escolas médicas do país. Ainda que não se possa inferir qualidade a partir do critério quantidade, deduzimos que a escassa carga horária destinada às humanidades nos currículos

desfavorece seu aprofundamento conceitual, provocando uma leitura superficial dos temas que se expressam, posteriormente, na compreensão rasa de seus significados e implicações no campo médico.

Sobre isso, é importante ressaltar que a formação educacional superior foi historicamente construída sobre a fragmentação de conteúdos e organizada em torno de relações de poder, em uma construção marcadamente focada na doença e no trabalho hospitalar, e as abordagens que se referem à ética, à humanização e ao cuidado foram colocadas em segundo plano (RÊGO *et al.*, 2007 *apud* ALBUQUERQUE *et al.*, 2009), o que se evidencia no quantitativo de tempo destinado ao seu ensino. Nesse sentido, considerando que estamos circulando novamente pelo campo das concepções hegemônicas da educação médica, é prudente retomar as contribuições de Apple (2008) no que se refere ao conceito de hegemonia, como um conjunto organizado de significados e práticas de um sistema centralizador, efetivo e dominante de significados, valores e ações que são vividos. Assim, parece-nos claro que as concepções hegemônicas sobre a educação médica circulam sobre o território biomédico, com pouco ou nenhum espaço para as humanidades.

É claro que a formação médica não pode prescindir da necessária consistência na formação técnica para o conhecimento e intervenção sobre o corpo humano em seus aspectos biopatológicos. Contudo, uma graduação médica que não tome em conta os aspectos humanísticos da profissão ou que o faz de forma inócua e superficial torna-se tão nociva quanto a inabilidade técnica, no sentido de proporcionar ao graduando a formação de uma identidade profissional identificada com uma leitura unilateral e hegemônica de homem, que resulta em uma prática igualmente parcial. Além disso, esse desequilíbrio acarreta distanciamento do perfil profissional desejável, conforme as DCN/Medicina orientam.

Em termos de disciplinas formais, o fato de as humanidades serem hipoteticamente consideradas fundamentais na formação, mas menos importantes na aprendizagem de habilidades humanísticas, é um indicativo de sua localização periférica nas matrizes.

A percepção da suficiência ou insuficiência de carga horária foi questionada na pesquisa de opinião. A maioria dos coordenadores (53%) e dos estudantes (56%) considera suficiente a carga horária das humanidades no currículo médico na sua escola. Já a maioria dos professores (52%) considera a carga horária insuficiente.

Tabela 10 – Percepção da suficiência de carga horária das humanidades.

		Questão 12: A carga horária das humanidades no currículo médico na sua escola é:							
		Suficiente		Insuficiente		Em branco		Total	
		<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%	<i>Freq.</i>	%
Cargo	Coordenador(a)	8	53%	7	47%	0	0%	15	100%
	Estudante	92	56%	67	41%	4	2%	163	100%
	Professor(a)	25	45%	29	52%	2	4%	56	100%
Instituição	Particular	71	54%	57	43%	4	3%	132	100%
	Pública	48	51%	44	47%	2	2%	94	100%
	Em branco	6	75%	2	25%	0	0%	8	100%

Fonte: a autora.

A diferença de resultados entre os cargos parece indicar que os papéis assumidos por cada um nas práticas curriculares marcam a relação com o currículo: os coordenadores são, geralmente, atuantes nas discussões curriculares institucionais; os estudantes, os “receptores” das políticas curriculares (ainda que nem sempre receptores passivos) e os professores costumam ocupar um misto entre receptores e atores, na medida em que se posicionam no elo de transformação do currículo prescrito para o currículo em ação.

Ainda que não se possa fazer uma correspondência direta entre essa percepção de suficiência e a carga horária dos currículos analisados, os dados coincidem na mesma questão: não há uma equilibrada distribuição de carga horária entre os diferentes campos disciplinares, o que afeta negativamente a qualidade da aprendizagem das matérias humanísticas. Nesse sentido, observamos uma desarticulação no critério de equilíbrio na integração curricular, na medida em que não há uma representação harmoniosa das diferentes capacidades necessárias ao desenvolvimento integral do graduando médico.

Por representação harmoniosa, entendemos uma concepção mais equilibrada dos objetivos (capacidades a desenvolver) e mais alargada em relação aos conteúdos (conceitos, evidências, procedimentos e atitudes), de modo que se possa oferecer uma formação integral de fato (ALONSO, 1998). Assim, incluiria também considerar em termos quantitativos a carga horária destinada às disciplinas, considerando o desenvolvimento das muitas competências (comunicação, raciocínio, pesquisa, tomada de decisões, solidariedade ou autonomia) nas diferentes instâncias do curso médico.

4 CONCLUSÕES

Este estudo descreveu e discutiu a inserção e integração das disciplinas e temas das humanidades médicas a partir de uma amostra documental e de opinião não correlatas. Dessa análise é possível extrair algumas inferências e algumas generalizações, dada a proximidade relacional com o campo. Contudo, não é possível estender os resultados obtidos para todo universo de escolas médica do país.

Em relação ao *survey*, por exemplo, sob o ponto de vista estatístico, quando uma amostra é formada por procedimentos de seleção não aleatórios dos respondentes não se pode garantir a representatividade dos resultados com relação ao população-alvo – a amostra de 234 questionários válidos, por exemplo, é uma pequena quantidade de respondentes estimada para avaliar com maior expressividade o contexto nacional. Uma não representatividade da amostra, entretanto, não significa necessariamente que os resultados não permitam um amplo conhecimento da situação analisada.

No que diz respeito à análise documental, também a seleção dos documentos e inclusão no estudo mostram limitações na medida em que foram mediadas por critério de classificação que não apresenta uma amostra estratificada no contexto nacional. Assim, estando restrita a um pequeno grupo de currículos considerados muito bem avaliados por instrumentos externos, não necessariamente representam a realidade e a totalidade dos currículos em âmbito nacional.

Partimos da ideia de currículo como documento que deflagra uma identidade formativa ao oficializar um ideário de formação e o percurso delineado para seu alcance. Entretanto, o currículo não se desenvolve à margem do contexto no qual está inserido, de modo que todo projeto curricular, documentado e formalizado, carece de sua realização na prática, seu desenvolvimento junto aos sujeitos que atuam no cenário educativo.

Assim, convém ressaltar que, em se tratando dos dados documentais, os indicativos de presença e integração das humanidades presentes nesses documentos não garantem que a prática e o desenvolvimento curricular se deem da forma como estão prescritos. O texto evidencia intencionalidades que se efetivam, ou não, na prática curricular e que, contudo, fornecem pistas sobre a organização do ensino – a distribuição de carga horária entre as disciplinas e as propostas metodológicas prescritas, por exemplo, expressam intencionalidades, modos de compreensão das práticas educativas em determinado contexto, sugeridos por um grupo de pessoas responsável pela elaboração do documento.

A importância da adequada interação das humanidades nos currículos médicos é dado irrefutável. Por sua capacidade de elucidar questões profundamente humanas, colaboram para a compreensão dos processos interativos, relacionais e comunicacionais na prática médica, abordando o homem em sua complexidade e na multidimensionalidade do viver-adoecer-morrer. Por sua potencialidade filosófica e reflexiva, contribui para o autoconhecimento do sujeito que prende, auxiliando na tomada de decisões em uma perspectiva clínica ampliada e compartilhada. Além disso, favorece a construção de vínculos efetivos com a população a quem se destinam os serviços de saúde, de forma social e culturalmente contextualizada.

Apesar da reiterada e permanente necessidade de uma *práxis* no cuidado em saúde que considere o homem em sua complexidade e integralidade, os resultados deste estudo evidenciam que, de modo geral, as humanidades médicas não se apresentam integradas de forma eficiente em nenhum dos currículos analisados no recorte documental. Analisadas a partir de quatro níveis de articulação, é possível inferir que as discussões ocupam espaços curriculares restritos e fragmentados. As questões que evidenciam essa inferência podem ser facilmente identificadas na análise da carga horária e número de disciplinas das humanidades, ausência de espaços curriculares de promoção das artes contemplativas (plásticas, cênicas, literárias) e pouca integração das humanidades nos cenários de prática.

Os dados da pesquisa de opinião corroboram com a análise documental, porém, trazem uma perspectiva menos crítica em relação às humanidades médicas nos currículos dos respondentes. É possível que o que consideramos como *pouco* do ponto de vista teórico, seja percebido como *muito* na prática, dadas as concepções hegemônicas que atravessam as formatações curriculares há décadas. Contudo, também é possível que a cultura e o movimento de intensas discussões dos elementos psicossociais na contemporaneidade esteja, de fato, universalizando percepções. O movimento de padronizações diagnósticas e a massiva medicalização de processos psicossociais tem trazido à tona a demanda de discussão das humanidades anterior e exterior ao contexto universitário. Daí a importância da integração das humanidades na formação universitária – trazer à teorização os elementos experienciados na vida, não negligenciando ou massificando os sujeitos, mas impulsionando em sua formação aquilo que ele se propõe ser.

Concluimos que as disciplinas de humanidades médicas se integram de forma ainda superficial aos currículos dos cursos de Medicina, com base na amostra documental e de pesquisa de opinião, aproximando-se mais ao conceito de inserção do que de integração. O exame das humanidades a partir dos princípios da integração curricular, em quatro níveis de articulação, revelou que em sua maioria não se observa articulação horizontal (transversalidade

e interdisciplinaridade), verticalidade (continuidade das experiências e complexidade gradativa dos conhecimentos), lateralidade (integração com o meio) e equilíbrio (representação quanti e qualitativamente harmoniosa). Contudo, muitos dos currículos analisados apresentaram importantes avanços e aproximações, a partir da inserção longitudinal de disciplinas das humanidades, inserção temática em vários ciclos de aprendizagem, vinculação de temáticas em módulos multidisciplinares e, de certa forma, um número considerável de disciplinas do campo. Mesmo que esses currículos não estejam de fato integrando essas discussões, mostram tentativas legítimas de aproximação.

As propostas de mudanças curriculares na educação médica e sua efetivação, bem como as concepções sobre o ser médico e o fazer Medicina, situam-se num imbrincado campo de disputa política e social, tensionamentos que surgem ao olhar mais apurado sobre seu percurso histórico no cenário nacional e mundial. As políticas curriculares da educação médica sempre estiveram atreladas às forças políticas, ideológicas e mercadológicas ligadas à profissão, de modo que não é difícil vislumbrar nessa trajetória a marginalização de propostas voltadas a práticas que se opõem aos interesses de alguns grupos dominantes. Esse tensionamento hegemônico/contra hegemônico foi fundamental para a compreensão das humanidades no recorte deste estudo, uma vez que desvela os alinhamentos conceituais que provocam (ainda hoje) resistência quanto ao reconhecimento de sua importância e lugar.

As disciplinas de humanidades e suas temáticas alinham-se com grande expressão aos princípios e diretrizes do SUS, conquistados com o movimento de Reforma Sanitária e cuja discussão respalda, no âmbito das políticas de saúde, a inclusão e integração de perspectivas humanísticas e humanizadoras no campo médico. Daí a importância da sua transversalidade efetiva em todo o currículo: a humanização das práticas não pode ser um nicho curricular, e sim, deve ser uma concepção que atravessa toda prática educativa no âmbito da saúde.

Assim, os discursos enunciados nas matrizes e projetos curriculares intentam trazer ao campo curricular metodologias inovadoras e integradas, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), a formação por competência e as metodologias ativas, mostrando uma hibridização de diversos modelos. Ainda que essas hibridizações não alterem de fato a formação, movimentam a educação médica em direção a formatos menos engessados, propondo formatos variados em compilados de modelos alternativos. Como movimento contra hegemônico, compreendemos a importância dessas proposições como uma perspectiva integrativa das práticas curriculares. Alterando formatos curriculares, é possível se chegar a alterações formativas que de fato integrem todas as dimensões presentes no processo saúde-doença, em especial as discussões alojadas no interior das humanidades que, se integradas ao

percurso formativo, podem transformar a cultura de formação com fundamentada ancoragem teórica e vivencial.

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho identificamos questões importantes que permitiriam o desenvolvimento de outros estudos para ampliar o entendimento do fenômeno ou para buscar confirmação empírica dos resultados obtidos. A ampliação da amostra documental, incluindo maior estratificação na seleção, por exemplo, favoreceria uma visão do cenário nacional das inserção e integração das humanidades médicas. Sobre o campo de estudo, a análise de como se dão as relações entre o currículo formal/prescrito, o currículo em ação e os currículos ocultos e paralelo na formação médica permitiria um vislumbre com profundidade dos elementos de formação médica mediados pelo currículo, bem como uma inferência fidedigna da inserção e integração das humanidades nesses currículos.

Ademais, acreditamos que o estudo contribui para a discussão das humanidades médicas, suas referências e temáticas, sua importância na educação médica e sua integração ao contexto em que situa. Evidenciamos, na teoria curricular, elementos que contribuem para a proposição de projetos curriculares que integrem, de fato, as humanidades em uma representação harmoniosa e justa, dando ao campo o espaço e a articulação necessários à sua efetivação como categoria de peso na concepção de homem e seus processos. Longe de se esgotar aqui, essa interlocução está permanentemente aberta ao debate tal como o homem em sua magnitude e profundidade, em seu processo de viver e morrer e tudo o que comporta o meio desse caminho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADORNO, Theodor W. **Educação e Emancipação**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- AIRES, Joanez A. Integração Curricular e Interdisciplinaridade: sinônimos? **Educação e realidade**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 215-230, jan./abr., 2011.
- ALBUQUERQUE, Verônica Santos *et al.* Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 261-72, out./dez. 2009.
- ALMEIDA, Márcio José de. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, maio/ago. 2001.
- _____. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 3, n. 4, p. 123-132, fev. 1999.
- ALONSO, Maria Luísa García. **A abordagem de Projecto Curricular Integrado como uma Proposta de Inovação das Práticas na Escola Básica**. Braga: Universidade do Minho, 2001.
- _____. **Inovação curricular, formação de professores e melhoria da escola: uma abordagem reflexiva e reconstrutiva sobre a prática da inovação/formação (vol. I)**. Tese – Doutorado em Estudos da Criança. Instituto de Estudos da Criança. Universidade do Minho. Braga, 1998.
- _____. Para uma teoria compreensiva sobre integração curricular: o contributo do Projeto “PROCUR”. **Investigação e Práticas**, n. 5, 2002.
- AMARAL, Jorge Luiz do. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. Tese – doutorado em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.
- ANDRADE, Carlos Drummond de. Mãos dadas. In: **Sentimento do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- APPLE, Michael W. **Educação e poder**. Trad. Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- _____. **Ideología y currículo**. Trad. Rafael Lassaletta. Madri: Akal, 2008.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* Humanidades como disciplina da graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, pp. 455-463, set. 2013.
- AZEVEDO, Valdelírio Feijó. Uma breve história da arte na formação de médicos. **Iátrico**, Curitiba, n. 35, pp. 40-48, 2015.

BALLESTER, Denise *et al.* A Inclusão da Perspectiva do Paciente na Consulta Médica: um desafio na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, pp. 598-606, dez. 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA Nildo Alves; VILELA Rosana Quintella Brandão; BATISTA Sylvia Helena. **Educação Médica no Brasil**. São Paulo: Cortez: 2015.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 2001.

BEANE, James A. Integração curricular: a essência de uma escola democrática. **Currículo sem fronteiras**, vol. 3, n. 2, p. 91-110, jul/dez. 2003.

BLASCO, Pablo González. Cinema, humanização e educação em saúde. **Revista de Pesquisa Interdisciplinar** (Cajazeiras), v. 1, n. 1, 03-20, jan/jul. 2017.

_____. **Educação médica, medicina de família e humanismo**: expectativas, dilemas e motivações do estudante de medicina analisadas a partir da discussão sobre produções cinematográficas. Tese – Doutorado em Medicina. USP. São Paulo, 2002.

BOLELLA, Valdes Roberto *et al.* [orgs.]. **Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde**: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto: FUNPEC Editora, 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, Ministério da Educação, 2001.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos de Educação Superior**. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 30/04/2018.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Cebes 40 anos**: memórias do futuro. Organizado por Ana Tereza da Silva Pereira Camargo *et al.* Rio de Janeiro: Cebes, 2016.

CHINI, Helena Alves Soares. **Integração curricular baseada em casos clínicos da atenção primária à saúde nos cursos de medicina**. Tese – Doutorado em Ciências: área de concentração em Ensino em Saúde. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2015.

CORREIO, Christian Fernando Ribeiro Guimarães Vinci. Michel Foucault: a genealogia, a história, a problematização. **Prometeus**, ano 7, n. 15, jan./jun. 2014.

CRUZ, Kathleen Tereza. **A formação médica no discurso da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico**. Dissertação – Mestrado em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

CRUZ, Manuel Jorge Santos da Silva. Bioética e Humanidades Médicas: uma abordagem a partir de Edmund Pellegrino. **Mirabilia Medicinæ**, vol. 2, n. 1, 2014.

DA ROS, Marco Aurélio. A ideologia nos cursos de medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 224-244.

DE MARCO, Mário Alfredo. A medicina da pessoa: as dimensões humanas da educação médica e a construção do conhecimento. In: DE MARCO, Mário Alfredo *et al.* **Psicologia Médica: abordagem integral do processo saúde-doença**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese em ciências humana**. Trad. Ana Falcão Bastos e Luis Leitão. 13. Ed. Lisboa: Editorial Presença, 2007.

EKSTERMAN, Abraham. Introdução. In: PERESTRELLO, Danilo. **A medicina da pessoa**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science, New Series**, v. 196, n. 4286. pp. 129-136, 1977.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: Efetividade ou ideologia**. 6. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

FELÍCIO, Helena Maria dos Santos. **Currículo e emancipação: redimensionamento de uma escola instituída em um contexto advindo do processo de desfavelização**. Tese – Doutorado em Educação: Currículo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC – SP. São Paulo, 2008.

_____. Integração Curricular: desafios de uma parceria interinstitucional. **Revista e-Curriculum**, São Paulo, v. 13, n. 02, p. 214-231 abr./jun. 2015.

FELÍCIO, Helena Maria dos Santos; POSSANI, Lourdes de Fátima Paschoaleto. Análise crítica de currículo: um olhar sobre a prática pedagógica. **Currículo sem fronteiras**, v. 13, n. 1, pp. 129-142, jan./abr. 2013.

FEUERWERKER, Laura Macruz. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.

FONSECA, Cristina M. A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de (orgs.). **Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

FREITAS, Henrique *et al.* O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da USP**, v. 35, n. 3, p.105-112, jul./set. 2000.

GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. **A (re)humanização da medicina**. Psiquiatria na prática médica. Órgão Oficial do Centro de Estudos - Departamento de Psiquiatria - UNIFESP/EPM, 2001. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>>. Acesso em: 20/02/18.

GALLIAN, Dante Marcello Claramonte; CLEMENTE, Juan Carlos Hernández. Asuntos y Alcance: origen histórico de las humanidades médicas [editorial]. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, v. 3, n. 1, 2014.

GALLIAN, Dante M. C.; PONDE, Luiz Felipe, RUIZ, Rafael. Humanização, humanismos e humanidades: problematizando conceitos e práticas no contexto da saúde no Brasil. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, v. 1, n. 1, 2012.

GONZÁLEZ, Miguel Ángel Sánchez. El humanismo y la enseñanza de las humanidades Médicas. **Educación Médica**, vol. 18, n. 3, p. 212-218, jul./set. 2017.

GRACIANO, Miriam Monteiro de Castro. **O modelo biopsicossocial e o método clínico centrado no paciente**. In: Guia para uma boa história: anamnese clínica e psicossocial na comunidade [material didático]. Alfenas: Unifenas, 2014.

GROPPO, Luís Antônio. **Para além de uma Sociologia do Currículo Escolar**: contribuições da Sociologia da Educação escolar para uma Sociologia da Educação Sociocomunitária. In: 10o Encontro de Pesquisa em Educação da Região Sudeste, Rio de Janeiro. Anais do 10o Encontro de Pesquisa em Educação da Região Sudeste, 2011. v. 1.

IGLÉSIAS, Alessandro Giraldes; BOLLELA, Valdes Roberto. Integração curricular: um desafio para os cursos de graduação da área da Saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 48, n. 3, pp. 265-72, 2015.

KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, vol. VIII, n. 1, p. 48-70, mar./jun. 2001.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Trad. Heloisa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LOPES, Alice Cassimiro. **Políticas de integração curricular**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2008.

_____. Teorias pós-críticas, política e currículo. **Educação, Sociedade & Culturas**, nº 39, pp. 7-23, 2013,

LOPES, Alice Cassimiro; MACEDO, Elizabeth. **Teorias do currículo** [livro eletrônico]. São Paulo: Cortez, 2013.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1986.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, pp. 335-342, 2007.

MEDEIROS, Nathália Sousa *et al.* Avaliação do Desenvolvimento de Competências Afetivas e Empáticas do Futuro Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, pp. 515-525, 2013.

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira; MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorge. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 683-692, jul./set. 2010.

MENEZES, Ebenezer Takuno de; SANTOS, Thais Helena dos. **Transversalidade (verbetes)**. Dicionário Interativo da Educação Brasileira - Educabrazil. São Paulo: Midiamix, 2001. Disponível em: <<http://www.educabrazil.com.br/transversalidade/>>. Acesso em: 12 de mai. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A Produção de Conhecimentos na Interface entre as Ciências Sociais e Humanas e a Saúde Coletiva. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 21-31, 2013.

_____. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, pp. 621-626, 2012.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MITRE, Sandra Minardi *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

MOREIRA, Antônio Flávio Barbosa; SILVA, Tomaz Tadeu da (orgs.). **Currículo, cultura e sociedade**. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D.'Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

NOGUEIRA, Maria Inês. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 3, p. 909-930, 2014.

_____. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, pp. 262-270, 2009.

PACHECO, José Augusto. Currículo: entre teorias e métodos. **Cadernos de pesquisa**, vol. 39, n. 137, p. 383-400, maio/ago. 2009.

_____. **Currículo: Teorias e Praxis**. Porto: Porto Editora, 2001.

_____. Estudos curriculares: gênese e consolidação em Portugal. **Educação, Sociedade & Culturas**, n. 38, pp. 151-168, 2013.

PACHECO, José Augusto; PEREIRA, Nancy. Globalização e identidade no contexto da escola e do currículo. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 131, p. 371-398, 2007.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, pp. 492-499, 2008.

PARANHOS, Ranulfo *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 18, no 42, mai/ago 2016, p. 384-411

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

RAMOS, Marise. Filosofia da práxis e práticas pedagógicas de formação de trabalhadores. **Trabalho & Educação**, vol. 23, n.1, pp. 207-218, jan/abr, 2014.

RIOS, Izabel Cristina *et al.* A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, pp. 112-121, 2008.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

_____. Humanidades Médicas como Campo de Conhecimento em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 40, n. 1, p. 21-29, 2016.

_____. **Subjetividade contemporânea na Educação Médica: a formação humanística em Medicina**. Tese – Doutorado em Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

ROLDÃO, Maria do Céu. **Formação de professores, construção do saber profissional e cultura da profissionalização: que triangulação?** In: ALONSO, Luísa; ROLDÃO, M. Céu (orgs.). *Ser professor de 1º ciclo – construindo a profissão*. Braga: CESC/ Almedina, 2005.

SACRISTÁN, José Gimeno. **O que significa o currículo**. In: Sacristán, José Gimeno [org.]. *Saberes e incertezas sobre o currículo*. Trad.: Alexandre Salvaterra. Porto Alegre: Penso, 2013.

_____. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. Trad. Ernani F. da F. Rosa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SANTOS, Wilton Silva dos. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 35, n.1 , pp. 86-92, 2011.

SCHEFFER, Mário (coord.) *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.

SCHEFFER, Mário C.; DAL POZ, Mário R. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. **Human Resources for Health**, v. 13, n. 96, 2015.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

SILVEIRA, Gabrielle Leite. **O impacto do currículo oculto na formação da identidade profissional do médico**: um estudo qualitativo. Dissertação – Mestrado em Ciências Médicas: Ensino em Saúde. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: 2017.

SOUSA, Jesus Maria Angélica Fernandes. **A dimensão política do currículo**: sumário da Lição Síntese. Universidade de Madeira, 2002. Disponível em: <http://www.uma.pt/liliana/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=489&Itemid=26>. Acesso em: 19 fev. 2017.

TOZZI, Marcos José; TOZZI, Adriana Regina. Conceito preliminar de curso (CPC) x conceito do curso (CC): há coerência desses valores nos cursos de engenharia? **Revista Principia - Divulgação Científica e Tecnológica do IFPB**, n. 34 (Edição Especial -- COBENGE 2016), 2017.

VARELA DE FREITAS, Cândido. O currículo em debate: positivismo – pós-modernismo. Teoria – Prática. **Revista de Educação**, v. 9, n. 1, p. 39-52, 2000.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da práxis**. 1. Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

VILELA, Rita Amelia. **A Teoria Crítica da educação de Theodor Adorno e sua apropriação para análise das questões atuais sobre currículo e práticas escolares**. Belo Horizonte: CNPQ (Relatório de Pesquisa), 2006.

YOUNG, Michael. Teoria do currículo: o que é e por que é importante. Trad. Leda Beck. **Cadernos de Pesquisa**, vol. 44, n. 151, p. 190-202, jan./mar., 2014.

ANEXO

QUESTIONÁRIO *SURVEY*

Pesquisa de opinião – Integração das humanidades nos currículos médicos

Este é um questionário de pesquisa de opinião pública (com participantes não identificados) que faz parte do projeto de mestrado “*Currículos Médicos e a integração das disciplinas de humanidades*”. Contamos com sua valiosa colaboração respondendo às questões abaixo.

Você é: () professor(a) () estudante () coordenador(a)/gestor(a) de curso médico

Instituição: () Pública () Particular () Confessional

Região: () Sul () Sudeste () Centro-oeste () Nordeste () Norte

1. Conheço a matriz curricular do curso de medicina da minha escola:

Concordo plenamente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

2. Conheço as disciplinas de humanidades médicas do curso de medicina da minha escola:

Concordo plenamente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

3. As disciplinas das humanidades médicas são fundamentais para a formação do médico:

Concordo plenamente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

4. Os conteúdos teóricos das humanidades são inteiramente aplicáveis na prática médica:

Concordo plenamente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

5. A aprendizagem das habilidades humanísticas depende das disciplinas de humanidades:

Concordo plenamente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

6. O currículo médico da minha escola possibilita experiências interdisciplinares:

Concordo plenamente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

7. As temáticas de humanidades aparecem em diversos momentos no currículo médico, inclusive dentro de outras disciplinas:

Concordo plenamente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

8. As disciplinas de humanidades articulam-se com outras disciplinas e campos de conhecimento, no currículo de medicina da minha escola:

Concordo plenamente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

9. O currículo do curso de medicina da minha escola é dividido em ciclos (básico e clínico ou profissional):

Concordo plenamente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

10. No currículo da minha escola as disciplinas de humanidades aparecem em todos os ciclos do curso:

Concordo plenamente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

11. Em quais períodos do curso, na sua escola, as disciplinas de humanidades se concentram?

1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° 8° 9° 10° 11° 12°

12. A carga horária das humanidades no currículo médico na sua escola é:

Mais que suficiente Suficiente Pouca Insuficiente Muito insuficiente

13. A articulação ensino-serviço-comunidades no currículo médico da sua escola está:

Plenamente adequada Adequada Satisfatória Regular Totalmente inadequada

14. Os conteúdos das humanidades médicas, em sua escola, estão articulados às práticas na comunidade?

Sim, plenamente Sim, muito Não sei Pouco Não