
**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOCENTE NA SAÚDE**

FRANCINI LIMA MERIGO

A OFERTA DE DISCIPLINAS HUMANISTAS NO ENSINO MÉDICO DO BRASIL

Porto Alegre
2014

FRANCINI LIMA MERIGO

A OFERTA DE DISCIPLINAS HUMANISTAS NO ENSINO MÉDICO DO BRASIL

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora:
Profa Dra Bartira Ercilia Pinheiro da Costa

Porto Alegre
2014

FRANCINI LIMA MERIGO

A OFERTA DE DISCIPLINAS HUMANISTAS NO ENSINO MÉDICO DO BRASIL

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Profa Dra Maria Helena Itaquí Lopes – PUCRS

Profa Dra Valéria Lamb Corbellini – PUCRS

Profa Dra Simone Travi Canabarro – UFCSPA

Porto Alegre
2014

DADOS DE CATALOGAÇÃO

Dedico este trabalho à minha família. Especialmente aos meus pais, Flávio e Liamara; minha irmã, Eduarda; meus avós, Irio e Aidile, Jarbas e Jane; meus dindos, Gisela e Luiz Merigo; e ao meu amado e companheiro Kayo.

"Ninguém pode construir em teu lugar as pontes que precisarás passar para atravessar o rio da vida, ninguém, exceto tu, só tu. Existem, por certo, atalhos sem números, pontes e semideuses que se oferecerão para levar-te além do rio; mas isso te custaria a tua própria pessoa; tu te hipotecarias e te perderias. Existe no mundo um único caminho por onde só tu podes passar. Onde leva? Não perguntes, segue-o".
(Nietzsche)

RESUMO

No Brasil, apesar do humanismo ser um assunto antigo na história da medicina, a inclusão dele no ensino médico brasileiro é recente, oficialmente legalizado na Resolução CNE/CES no 4, de 7 de novembro de 2001, do Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior, que contém as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina. Entretanto, o Ministério da Saúde têm questionado quanto ao perfil egressos, no que tange ao suprimento das necessidades de saúde da população. Tendo em vista, que há urgência em providências cabíveis e efetivas na formação profissional, é necessário compreender os aspectos para melhorias no atendimento integral e obter informações mais abrangentes sobre a formação médica. Sob este prisma, o presente estudo tem como objetivo descrever e analisar a oferta de disciplinas humanistas no ensino médico do Brasil. Para isto, realizou-se uma pesquisa analítico-descritiva, com base referencial documental, com abordagem quali-quantitativa. Os dados estudados foram coletados através das matrizes curriculares, pesquisadas através de informações divulgadas na Internet pelas IES. A amostra desta pesquisa foi composta por disciplinas de Ciências Humanas e Ciências Médicas, pertencentes as matrizes curriculares dos cursos de graduação em Medicina do Brasil, considerando os critérios de inclusão e exclusão. Participaram deste estudo 127 IES. A análise de 7832 disciplinas mostrou que 22,8% eram disciplinas humanistas. O Estado que apresentou a maior taxa local de disciplinas humanistas foi o Rio Grande do Norte, com 67,9% (n=129). Seguido pelo Ceará com (51,6%, n= 81) e Rondônia (32,4%, n=34). Quando subdivididas pelas cinco regiões do país, 27,86% concentrou-se no nordeste, seguido pelas regiões sul (23,15%, n= 394), sudeste (22,26%, n=882), norte (17,85%, n=96), e centro oeste (17,37%, n=66). Houve correlação negativa entre a taxa de mortalidade e as IES (n), $r=-0,414$ ($p<0,001$). Houve expressiva correlação das disciplinas humanistas e a taxa de mortalidade ($r=0,933$, $p<0,001$). Os movimentos e iniciativas de reforma no ensino médico do Brasil tem provocado debates a cerca das necessidades de saúde não supridas e o perfil dos profissionais que estão na frente do sistema de saúde. Especialmente, no que diz respeito ao ensino médico, muito tem sido questionado com relação ao perfil tecnicista da formação médica ofertado pelas instituições de ensino. A diversidade geográfica, socioeconômica, cultura, climática, étnica fazem do panorama brasileiro um cenário complexo para a tomada de ações resolutas. É importante ressaltar que, esta diversidade exige ações dinâmicas para que se possam alcançar a todas efetivamente.

Palavras-chave: Educação Médica. Formação médica humanística. Currículo médico. Estudante de medicina. Avaliação Educacional. Mudança Organizacional.

ABSTRACT

In Brazil, in spite of humanism is an old topic in the history of medicine, including his medical education in Brazil is recent, officially legalized in Resolution CNE/CES in 4 of 7 November 2001, the Ministry of Education, National Council of education/Board of Higher education, which includes the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Medical. However, the Ministry of Health have questioned as to the graduates listing, in relation to the supply of the health needs of the population. Given that there is urgency to appropriate and effective measures in vocational training, it is necessary to understand the aspects for improvement in the comprehensive care and more comprehensive information on medical education. In this light, the present study aims to describe and analyze the provision of humanistic disciplines in medical education in Brazil. For this, we carried out a descriptive-analytic research with documented reference base, with qualitative and quantitative approach. The data analyzed was collected through the curriculum matrices, searched through information disseminated on the Internet by HEIs. The sample was composed of subjects of Humanities and Medical Sciences, matrices belonging curriculum of undergraduate courses in Medicine in Brazil, considering the criteria for inclusion and exclusion. The study included 127 HEIs. The analysis of 7832 subjects showed that 22.8 % were humanistic disciplines. The state with the highest local rate of humanistic disciplines was Rio Grande do Norte, with 67.9% (n=129). Followed by Ceará with (51.6%, n=81) and Rondônia (32.4%, n=34). When subdivided by the five regions of the country, 27.86% concentrated in the Northeast, followed by the southern regions (23.15%, n=394), Southeast (22.26%, n=882), north (17.85%, n=96), and Midwest (17.37%, n=66). There was a negative correlation between the mortality rate and the IES (n), $r = -0.414$ ($p < 0.001$). There was a significant correlation of the humanistic disciplines and the mortality rate ($r = 0.933$, $p < 0.001$). The movements and reform initiatives in medical education in Brazil has led to debates about the health needs unmet and profiles of professionals who are in front of the health system. Especially with regard to medical education, much has been questioned regarding the technicalities profile of medical education offered by the institutions. The geographical, socioeconomic, cultural, climatic, ethnic make the Brazilian a complex panorama for taking resolute action scenario. Importantly, this diversity requires dynamic actions so that they can effectively reach all.

Keywords: Medical Education. Humanistic medical training. Medical curriculum. Medical student. Educational Evaluation. Organizational Change.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Disciplinas humanistas e IES por Estado brasileiro.....	40
Figura 2 - Classificação curricular quanto ao tipo de Ciência das disciplinas humanistas.....	42
Figura 3 - Distribuição da carga horária de disciplinas humanistas classificadas como Ciências Humanas e Médicas conforme natureza da IES pública ou privada, por região do país.....	43
Figura 4 - Distribuição da carga horária de disciplinas classificadas como Ciências Humanas e Médicas conforme a localização de IES em cada região do país.....	44
Figura 5 - Distribuição da carga horária de disciplinas humanistas classificadas como Ciências Humanas e Médicas conforme localização em cidades capitais e não-capitais e região do país.....	45
Figura 6 - Correlação entre a taxa de mortalidade infantil e os cursos de medicina com disciplinas humanistas.....	46
Figura 7 - Correlação entre a taxa de disciplinas consideradas humanistas nas Faculdades de Medicina e a taxa de mortalidade da respectiva região do país.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição e caracterização da amostra em estudo.....	39
Tabela 2 - Disciplinas humanistas e IES por Estado brasileiro.....	41
Tabela 3 - Índice de Correlação de Pearson entre características de IES e indicador universal de saúde.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS

CO	Centro oeste
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
(n)	Amostra
NE	Nordeste
NO	Norte
p	Nível de Significância
PIB	Produto Interno Bruto
PROMED	Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares para os Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SE	Sudeste
SU	Sul
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 FUNDAMENTOS DO HUMANISMO	17
2.2 A MEDICINA HUMANO-CIENTÍFICA	19
2.2.1 Medicina Sacerdotal.....	19
2.2.2 Revolução Socrático-Hipocrática	20
2.2.3 Filosofia Cartesiana	21
2.2.4 Relatório de Flexner.....	22
2.3 O ENSINO MÉDICO E O HUMANISMO	23
2.4 MEDICINA E O HUMANISMO NO BRASIL	26
3 OBJETIVOS	32
3.1 OBJETIVO GERAL	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 TIPO DE ESTUDO	33
4.2 LOCAL DA PESQUISA	33
4.3 AMOSTRA	33
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	33
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	34

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	34
4.7 PROCEDIMENTO	35
4.7.1 Coleta e Análise de Dados.....	35
4.7.2 Levantamento Bibliográfico.....	36
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA	37
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
5 RESULTADOS	39
6 DISCUSSÃO	48
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES	57
Apêndice 1 - Formulário de Coleta de Dados.....	57
Apêndice 2 - Ficha Bibliográfica	58
Apêndice 3 – Artigo Original em Português.....	59

1. INTRODUÇÃO

O movimento tecnológico e a crescente demanda de pesquisas científicas em prol do avanço da saúde e seus recursos, têm contribuído fortemente para o distanciamento da medicina de uma visão integral. Certamente, é imprescindível que todo avanço tecnológico e a busca por melhor compreensão dos efeitos medicamentosos e o metabolismo humano vêm a agregar valor ainda maior e, também, a colaborar com a dedicação dos profissionais Médicos. Aspectos estes, que têm melhorado muito a qualidade de recursos e atendimento à população.

Entretanto, paralelamente a este avanço tecnológico, percebe-se que foi ocorrendo um distanciamento dos aspectos integrais no atendimento, tornando-os secundários ou até mesmo inexistentes. Estes, passaram a resumir-se em diagnóstico e tratamento, sem considerar outros aspectos do processo, como os sociais e emocionais daquele indivíduo. Dessa forma, gradativamente o profissional Médico se distancia dos aspectos humanistas que são necessários na avaliação integral do seu paciente, os quais também são considerados nos ideais hipocráticos.

A prática Médica humanizada tem cada vez mais sido discutida e considerada, especialmente no que diz respeito a formação Médica, agregando valor ao trabalho Médico sob a ótica do ser humano como um todo, indissociável. Estas habilidades e conhecimentos humanistas passam a ser questionados, pois percebe-se a necessidade de uma atuação além das características biológicas, dos sinais clínicos identificados pelo profissional.

Para tanto, almeja-se que o Médico esteja preparado, não somente para um trabalho focado na doença, mas também na prevenção, associando as técnicas empáticas sobre as necessidades físicas e mentais do paciente inserido numa realidade social a ser considerada. Estes dois instrumentos, conhecimentos técnicos e humanistas, quando associados tornam-se a estratégia para o bom desempenho terapêutico mediante o ineditismo dos recursos científicos disponibilizados pela atualidade.

No Brasil, apesar do humanismo ser um assunto antigo na história da medicina, a inclusão dele no ensino médico brasileiro é recente, oficialmente legalizado na Resolução CNE/CES no 4, de 7 de novembro de 2001, do Ministério da Educação (MEC), Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, que contém as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina.¹

Sabe-se, que a responsabilidade pela ordem da formação profissional da saúde é atribuída ao SUS, através da Constituição Federal de 1988. Entretanto, a ineficiente interação entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação no que diz respeito a formação dos profissionais de saúde, distanciam as realidades acadêmica da saúde. E assim, as instituições de ensino superior (IES) acabam formando “produtos” inadequados para a demanda de saúde da população.²

Para os Ministérios da Saúde e da Educação, o país enfrenta uma precária *disponibilidade de profissionais gerais, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde.*²

Contudo, a partir desta Resolução, foi definido o perfil do egresso/profissional necessário para viabilizar a articulação entre o sistema de saúde e a realidade pública:

[...] O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.¹

Sob esta perspectiva, é importante ressaltar que o conceito de humanismo permeia diversos significados entre o conceito de Homem e o de Humanidades. Por sua vez, ele pode ser entendido como a capacidade de refletir sobre as diferenças humanas, incluindo valores e crenças. Assim, Rich (1976, p. 236) refere-se “[...] uma das tarefas da educação humanística é proporcionar as aptidões reflexivas que permitem que o indivíduo obtenha o material básico necessário para uma compreensão inicial, enquanto cultivando, também, uma abertura de espírito que seja receptiva a diferenças humanas sem preconceber e estereotipar.”³

É importante ressaltar, que o Brasil, é um país com muitas diversidades geográficas, socioeconômica, culturalmente, entre outros. Há uma miscigenação de fatores importantes a serem considerados, mistura de raças e culturas, especialmente quando se trata sob uma perspectiva nacional e importante, como as questões de saúde.

Tendo em vista, que é necessário que sejam tomadas providências cabíveis e efetivas para as melhorias na formação profissional, e o MS e MEC responsabilizam as IES para a tomada destas providências, tornando-as as protagonistas desta reforma curricular,² há a necessidade de compreender os aspectos para melhorias no atendimento integral e obter informações mais abrangentes sobre a formação dos profissionais médicos, assim, o presente

estudo se concentra na descrição e análise da oferta de disciplinas humanistas nos cursos de graduação em medicina do Brasil.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS DO HUMANISMO

Com o intuito de unificar o entendimento a cerca do tema, o estudo e compreensão dos fundamentos básicos sobre humanismo para a aplicação dos mesmos, se tornam necessários. Assim, antes de adentrar aos aspectos diretos que permeiam este estudo, é preciso apropriar-se dos conceitos fundamentais, conforme é pretende-se apresentar neste capítulo.

O conceito de humanismo permeia diversos significados entre o conceito de Homem e o de Humanidades. O humanismo originou-se no Renascimento, tendo como foco a dignidade humana. Nesta época, de acordo com o autor Japiassu (1996, p.132)⁴, a expressão “humanismo” foi compreendida de duas formas: (1) sob uma visão filosófica, sendo “[...] toda doutrina que situa o homem no centro de sua reflexão e se propõe por objetivo procurar os meios de sua realização”; e também (2) entendido sob uma perspectiva acadêmica, “[...] designando a idéia segundo a qual toda formação sólida repousa na cultura clássica (*chamada de humanidades*)”.

O humanismo também pode ser entendido como a capacidade de refletir sobre as diferenças humanas, incluindo valores e crenças. Assim, Rich (1976, p. 236) cita:

[...] uma das tarefas da educação humanística é proporcionar as aptidões reflexivas que permitem que o indivíduo obtenha o material básico necessário para uma compreensão inicial, enquanto cultivando, também, uma abertura de espírito que seja receptiva a diferenças humanas sem preconceber e estereotipar.³

Sob este prisma, percebe-se que o humanismo pode estar presente e ser um instrumentos utilizado nos mais diversos fatores interferentes da vida, pois adentra todas as questões sociais, em qualquer esfera de análise.

Ainda assim, Perry (apud Rich, 1976, p. 236) afirma:

[...] qualquer agência, relação, situação ou atividade que tenha um efeito humanizante, isto é, liberalizante, que amplie o estudo, estimule a imaginação,

desperte a compreensão, inspire um sentido de dignidade humana e assinale aquele procedimento e aquela forma de relacionamento que são próprios de um homem, poderá ser considerada uma humanidade'.³

Para outros autores, os conceitos de humanismo estão fundamentados na Antiguidade Grega, época em que originou-se. Neste período, o humanismo estava referenciado na essência humana, buscando transpassar as dificuldades, através dos valores do bem e senso de justiça. Após este período, do século X ao XV, com a derrota do sistema teológico medieval, o humanismo renascentista passou a ser um marco na história.⁵

Sob a perspectiva do humanismo na atuação profissional, enquanto, ele detêm do indivíduo integralmente, lidando com temas que promovam o desenvolvimento total, considerando mente, corpo e caráter, capacitando e preparando o profissional para as responsabilidades sociais e a participação cívica; as Humanidades (currículo chamado *studia humanitatis*) tem como objetivo estruturar a personalidade do indivíduo de acordo com os valores, crenças e doutrinas que desejam ser preservados.

[...] *humanidades* designa 'as disciplinas que contribuem para a formação (Bildung) do homem, independentemente de qualquer finalidade utilitária imediata, isto é, que não tenham necessariamente como objetivo transmitir um saber científico ou uma competência prática, mas estruturar uma personalidade segundo uma certa *paidea*, vale dizer, um ideal civilizatório e uma normatividade inscrita na tradição, ou simplesmente proporcionar um prazer lúdico'. (Japiassu, 1996, p. 132, apud Rouanet).⁴

2.2 A MEDICINA HUMANO-CIENTÍFICA

A história da Medicina no Brasil é permeada por diversas variâncias quanto ao entendimento humanista e científico dos saberes da atividade médica.⁶ Basta analisar o papel social do Médico, que variou muito e sofreu uma evolução milenar que tem raízes na medicina sacerdotal pré-hipocrática.⁷

Tendo em vista que, a tomada de decisões depende do modo como entendemos a natureza e as causas dela, é fácil compreender que no passado, devido a grande escassez de instrumentos e conhecimentos a cerca das doenças, a dificuldade se fazia muito presente para que assim pudesse definir o diagnóstico e escolher o devido tratamento.⁶

Durante milênios, a existência de microrganismos como causa de doenças era uma ideia distante e surreal. Já que todo o desenvolvimento da doença não era visivelmente possível de ser analisado, a compreensão se dava em acreditar que o doente havia sido amaldiçoado por deuses, castigado ou que estava possuído por algum espírito malévolo.⁶ O que nos faz compreender o por quê a Medicina era considerada mística e, por sua vez, tornou-se sacerdotal. A partir desta forma que entendia-se o processo patológico e a cura se deu início a Medicina Sacerdotal.

2.2.1 Medicina Sacerdotal

Durante toda a história da humanidade, a doença, dor e morte sempre foram temas que despertassem ansiedade, medo, inquietação no ser humano, por serem situações que, na maioria das vezes, eram inexplicáveis, irremediáveis e, também, desconhecidas em sua totalidade. Desta forma, nos tempos em que a tecnologia ainda se fazia inexistente e não haviam recursos para compreender melhor a natureza humana e suas doenças, buscava-se explicações e acalento através do mito ou da magia, dos rituais e crenças na divindade, depositando sobre si e sobre os deuses a causa/culpa e a cura para as enfermidades.⁷ A vingança divina, como forma de castigo pelos pecados cometidos, parecia ser uma explicação provável para o misterioso aparecimento de doenças.

Os chamados “médicos” deste período da história, que se dá desde o século VIII a.C., foram assim os primeiros a exercer a medicina. Ao que se entendia, que eram inspirados pelos

deuses e autorizados por eles para o exercer da função de cura. Da mesma forma, estes mesmos sacerdotes além de serem os responsáveis pela cura, também decidiam e doutrinavam quanto à ética social da sociedade. Sendo eles mediadores dos deuses e obtendo o poder para a cura, a medicina era uma atividade religiosa do sacerdote, e desta forma, concentrava neles o conhecimento e juízo de valores e crenças a respeito da sociedade e o que era esperado para o futuro da mesma.⁷

De acordo com Pessotti (1996), podemos dizer *que a Medicina era uma emanção da Filosofia Humanística ou, talvez mais precisamente, da concepção de homem no universo teológico da época.*⁷

2.2.2 Revolução Socrático-Hipocrática

Na segunda metade do século V a.C., a história da medicina mudou da perspectiva da época Sacerdotal com chegada e participação do médico e filósofo Hipócrates, considerado pai da medicina até os dias de hoje. Os conhecimentos e conceitos construídos por ele rejeitavam a intervenção divina como origem de doença ou de cura, tendo então desenvolvido práticas diagnósticas baseadas na observação e na razão.⁶ Esta mudança de paradigma a cerca do divino e da ciência na medicina, separando-os definitivamente, revolucionou o panorama e deu-se fim a era da Medicina Sacerdotal.

Na mesma época cresceu junto outra vertente, a Filosofia do Homem e da ética, fundada pelo filósofo Sócrates. Ou seja, tivemos neste período a doutrina e prática médica, de um lado, e filosofia humanística, de outro, estes, por sua vez, reflexo de um estado cultura.⁷

A partir destes novos entendimentos, a natureza do homem e suas próprias reações de doença e cura se justificavam por si, eram eventos naturais. Não era mais a intervenção divina ou quaisquer que fossem os conceitos místicos a causa para as ocorrências de saúde, doença e cura, mas sim a experiência pessoal e à racionalidade advinda dos novos preceitos Socrático-Hipocráticos. E assim, *como os dogmas e o mito já não explicam nem o Sol nem a doença e a morte, os rituais sacerdotais e os filtros mágicos não bastam como terapêutica.*⁷

Desta forma, compreendeu-se que a natureza humana e toda a sua completude humanística é indissociável da teoria médica naturalística de Hipócrates, tanto com relação ao entendimento cultural da sociedade quanto aos aspectos racionais e lógicos da profissão.⁷

Assim, a chamada “Medicina Naturalista” traz ao período mudança de conceitos e entendimentos, iniciando a “revolução socrático-hipocrática”. Dá-se fim, definitivamente, a “Medicina Sacerdotal”, e passa-se a compreender duas vertentes indissociáveis: a medicina como ciência e a natureza humana.

2.2.3 Filosofia Cartesiana

No século XVII, a realidade da Medicina sob o âmbito Socrático-Hipocrático começa a sofrer novas influências, o que promove mudanças. Devido ao dualismo da Filosofia Cartesiana, a filosofia humanista é separada dos preceitos racionais/científicos.⁷

Período esse em que as ciências humanas e o espírito científico começaram a tomar diferentes percepções, e foi-se entendida, cada vez mais, que era ciências diferentes em sua natureza e por isso deveriam ser tratadas separadamente.

Descartes, assim, separou os conceitos subjetivos dos objetivos. Entende-se que os fatores subjetivos da vida incluem emoções, crenças, valores, princípios, enquanto o lado objetivo da vida era regido pelo entendimento físico, químico e biológico.⁷

Para Galeno, esse dualismo deveria ser evitado, tendo em vista que o ser humano é definido basicamente pelos fatores subjetivos, que estavam sendo, agora, separados, como se o mesmo indivíduo fosse divididos em diferentes eventos e perspectivas. Por fim, o homem anatomofisiológico se destaca do homem filosófico.⁷

A partir destas mudanças o médico não precisava mais considerar os aspectos subjetivos de seus pacientes para que fosse um “bom e competente médico”. O humanismo foi distanciado da prática médica, e passou a ser um tema isolado, apenas a ser considerado pelos filósofos.

Os conhecimentos empíricos, subjetivos de uma população, são complexos e dinâmicos, o que torna instável a definição rígida de teorias e soluções para determinado problema. A variância da subjetividade de cada indivíduo torna mais complexa a tomada de decisões e certezas, pois cada um traz as suas experiências pessoais e conjuntos de valores. Na atuação médica, esta questão não é diferente. Os conhecimentos empíricos passam a ser inseguros, pois tratam-se “produtos variáveis”, enquanto que só há conhecimento seguro sobre “produtos concretos”.⁷

Pessotti, ainda conclui que o embasamento científico “[...] assegura ao saber médico e à arte médica uma certa probabilidade de eficácia curativa, sobre os órgãos e suas funções, mas nenhum significado filosófico ou ético especial”.⁷

2.2.4 Relatório de Flexner

O Relatório publicado em 1910, por Abraham Flexner, é considerado o maior responsável pela reestruturação do ensino médico nos Estados Unidos da América (EUA), que também repercutiu nos demais cursos de medicina do mundo.

O relatório intitulado como *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*¹, implicou profundas mudanças na formação médica e contribuiu para mudanças no panorama histórico da medicina. Estas mudanças contemplavam uma plena reforma na estrutura curricular ofertadas pelas escolas médicas, reorientado-as para um novo caminho.⁸

Assim, pode-se ressaltar algumas das mudanças sugeridas, entre elas o controle de admissão de alunos, mais criteriosa e rigorosa; aumento do tempo de duração dos cursos para quatro anos; modificações estruturais no currículo quanto ao ciclo básico e clínico; exigência de laboratórios e instalações adequadas.⁸

Estas orientações provocaram uma forte reestruturação da medicina, e estas levaram cada vez mais a um movimento científico, aproximando-a de uma ciência com enfoque mais biológico e menos humanista.

O movimento provocado por Flexner foi importante para a classe médica, no intuito de provocar o amadurecimento e rediscussão da profissão e formação dos profissionais. Entretanto muitas foram as críticas de um modelo científico empregado na medicina que a distanciava e desvalorizava os aspectos humanistas na atuação médica.

De acordo com Ferreira (2001), o Relatório de Flexner contextualiza *o tempo, o ambiente sociocultural e de trabalho no qual e para o qual as diretrizes flexnerianas foram elaboradas*. Assim, o Relatório de Flexner foi resultado de uma construção necessária para a época, contextualizando a época do ocorrido e o entendimento cultural presente na sociedade.⁹

Ainda, assim, Minayo (2001), reconhece o movimento cientificista e seus atributos benéficos:

[...] Ninguém hoje ousaria negar a evidência de que toda ciência é comprometida. Ela veicula interesses e visões de mundo historicamente construídas e se submete e resiste aos limites dados pelos esquemas de dominação vigentes (...). A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. É uma condição da pesquisa que, uma vez conhecida e assumida, pode ter como fruto a tentativa de objetivação do conhecimento.¹⁰

2.3 ENSINO MÉDICO E O HUMANISMO

O ensino médico, tem sido o tema de muitos debates no mundo inteiro, especialmente nas últimas décadas, quando tem aumentado as discussões a respeito.¹¹⁻²⁵ É de se esperar que, em um mundo globalizado e com constantes inovações, toda esta movimentação provoque as mais diversas abordagens, reavaliações de métodos, doutrinas e aspectos teóricos/práticos do ensino médico.

Ao associarmos o humanismo com a medicina, percebe-se um complexo arsenal de conhecimentos que devem ser tratados a partir das necessidades do indivíduo. Por outro lado, tanto na prática como nas atuais teorias, há um distanciamento e contradição no que diz respeito ao perfil do médico que atende o seu paciente das necessidades reais que têm demonstrado precisar de outras estratégias de resolução.

Atualmente, a sociedade tem sofrido diversas influências e transformações, como tecnológicas e econômicas, que ocasionaram mudanças no seu perfil e contexto social. Estas mudanças, trouxeram como consequências alteração na formação dos médicos, como em outros setores também, *impregnando tendências tecnicistas, pouco espaço restando para a ênfase do aspecto humanístico.*²⁶

O modelo médico tradicional, generalista, transformou-se em um atual modelo impessoal, com foco nos sinais, diagnósticos, terapêutica e evolução científica, tornando inútil todos os preceitos humanistas, resumindo o paciente a um conjunto de sinais, doenças e achados científicos.

A medicina distancia-se, assim, de sua origem, quando era uma ciência essencialmente humanista, baseada nos preceitos éticos de Hipócrates. Base humanista esta que considerava o atendimento centrado no paciente como um todo, e não com foco apenas na doença.

Gallian (2000, p. 2-5), ressalta:

[...] Os enormes progressos alcançados graças às ciências físicas, químicas e biológicas, aliados aos desenvolvimentos tecnológicos, foram, cada vez mais, redirecionando a formação e a atuação do médico, modificando também sua escala de valores. Na medida em que o prestígio das ciências experimentais foi crescendo, o das ciências humanas esvanecia-se no meio médico. História, literatura, filosofia, não deixavam de ser ciências importantes, mas para o médico pouco podiam acrescentar agora que as novas descobertas e métodos *efetivamente científicos* abriam novas dimensões. (...) A medicina deixava de se apoiar nas ciências humanas para se sustentar essencialmente nas ciências exatas e biológicas.²⁷

Uma prática profissional crítica, reflexiva e questionadora, consciente de suas raízes teóricas e filosóficas, dar-se-á quando esta mesma prática for exercida com competência. Todavia, nenhuma transformação ocorrerá isoladamente, sem a correspondente e fundamental participação das instituições formadoras, unidas por práticas educativas diferenciadas, que preparem, desde logo, estes profissionais para o novo paradigma que se apresenta.²⁸

Morin (2001) lembra que o objetivo da educação é criar no aluno um estado interior e profundo que o oriente num sentido para sua vida, contribuindo para a autoformação da pessoa, de modo que o possibilite assumir sua condição humana, ensinando-o a viver e a se tornar cidadão. É importante ressaltar que a cidadania na atuação dos profissionais estende-se na compreensão, identificação e ação a cerca da busca por trabalhar nas causas de doença, não só individual mas coletivamente, de seus pacientes.²⁹

Desta forma, surge a necessidade de se refletir sobre a lógica da organização disciplinar dos currículos para as graduações na área da saúde, como modo de criticar e transpô-la, na perspectiva de redirecionar os caminhos da formação médica, com enfoque no perfil desejado para a atuação.³⁰

Muitos estudos têm citado a importância do humanismo na formação médica, inserindo-o nas disciplinas do curso de medicina para complementar as habilidades técnicas e interpessoais.^{31, 32}

Cabe ressaltar que a aliança dos conhecimentos e habilidades técnicas com a aptidão humanista, tornará a atuação médica cada vez mais inserida nas necessidades e realidade da população, conforme destaca Gaillard (1995):

[...] O médico do futuro deverá reconhecer a *'homo systemus'* em sua relação com o meio em que vive e perceberá que não faz sentido descrever um sistema nervoso, hormonal e imunitário se não for capaz de integrar as relações que os organizam entre si e com o meio circundante. Saberá, também, esse novo profissional que o *'homo systemus'* vê suas fronteiras passarem por jogos de territórios, por interações múltiplas com outros *homo systemus*, por acontecimentos, escolhas, atos (...) Tanto a sua saúde como a sua doença serão totalmente ininteligíveis, na ausência de integração de tudo isso.³³

Na perspectiva de Pessotti (1996), o homem difere-se de outros seres da natureza justamente pela capacidade de instituir valores às coisas que produz significado lógico e emocional. Desta forma, cada indivíduo designa e atribui valores morais e sociais conforme o seu entendimento e experiências vivenciadas. Assim:

Se o humano se distingue, definitivamente, pelo poder de criar e perseguir valores, qualquer formação humanística terá como fundamento o conhecimento do processo de valoração ou, pelo menos, da existência desse processo, na gênese do que se chama homem. A faculdade de criar valores, de julgar e de apreciar, entendida como distintivo do humano, é a pedra angular da filosofia de Sócrates e dos sofistas, ao afirmarem que o *'homem é a medida de todas as coisas'*.⁷

Da mesma forma, Freire (1982, p.115) complementa:

Em todas as etapas da descodificação, estarão os homens exteriorizando sua visão de mundo, sua forma de pensá-lo, sua percepção fatalista das “situações-limites”, sua percepção estática ou dinâmica da realidade. E, nesta forma expressada de pensar o mundo fatalistamente, de pensá-lo dinâmica ou estaticamente, na maneira como realizam seu enfrentamento com o mundo, se encontram envolvidos seus “temas geradores”.³⁴

2.4 MEDICINA E O HUMANISMO NO BRASIL

A implantação e organização nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu início em 1990 “de caráter público, com princípios e diretrizes comuns em todo o território nacional, regulados a partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990”.³⁵

Apesar dos esforços reunidos para a que o SUS fosse implantado,

a especialização do cuidado à saúde, a distância do sujeito nos processos de cuidado e as grandes diferenças entre o que pensam os usuários e os trabalhadores e gestores da saúde têm se configurado como uma grande tensão na construção do modelo de saúde sonhado, chegando, algumas vezes, a diminuir o acesso dos usuários ao sistema ou sua exclusão.³⁶

Atualmente, a Saúde Pública do Brasil tem amadurecido suas estratégias e tecnologias e investido no SUS, mas os mesmos acabam não suprimindo a crescente demanda existente na população no que diz respeito aos padrões relacionados a doenças infectocontagiosas, bem como as doenças crônico-degenerativas, “além do crescimento descontrolado das causas externas como, por exemplo, os acidentes de trânsito”.³⁷ “Assim, ela vem se conformando no esforço de construir um SUS atendendo aos seus princípios e diretrizes estabelecidos e garantidos pela Constituição de 1988 e posteriormente regulamentados em lei”.³⁵

Campanhas e iniciativas foram tomadas para que o índice dessas demandas reduzisse gradativamente, entretanto, ao invés disto, tem-se percebido crescente aumento das taxas de morbimortalidade e estratégias em sua totalidade fracassadas. Observa-se, então, que a não adesão do paciente às orientações de saúde é um dos principais aspectos que justificariam este cenário, de acordo com diversas pesquisas que foram e estão sendo realizadas no país.

Assim, estudos têm sido realizados com o intuito de identificar e analisar os fatores associados que determinariam e/ou estariam diretamente associados a não adesão terapêutica, com o objetivo de identificar os motivos que levam os pacientes a não seguirem as orientações dadas pelo profissional de saúde e, assim, melhor compreender esta realidade que, apesar de reunidos esforços para combater, não houve melhora significativa no panorama da Saúde Pública do Brasil. É de suma importância a compreensão detalhada e cuidadosa quanto a estes fatores, visto que a adesão, o comprometimento, do paciente nos cuidados ou tratamento de doenças é fundamental para que se alcancem os objetivos finais do atendimento

na saúde do país. Caso estes não sejam alcançados, todo o investimento de pessoal e de recursos à saúde se torna ineficaz, persistindo assim os problemas de saúde da população.

A adesão aos cuidados com a saúde, seja por prevenção, tratamento ou reabilitação de doenças, é um fenômeno sujeito à influência de múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente. Estes fatores, que podem determinar o comportamento da pessoa em relação às recomendações referentes ao tratamento de sua doença, estão relacionados às condições demográficas e sociais do paciente, à natureza da doença, às características da terapêutica, ao relacionamento do paciente com os profissionais de saúde, bem como a características outras, intrínsecas ao próprio paciente.^{38,39,40} “Tem sido ressaltado a interação entre o profissional de saúde e o usuário como fator que dificulta o seguimento do tratamento e cuidados da saúde.”⁴¹ Interação esta que não necessariamente está relacionada à afinidade do paciente com o profissional que, conseqüentemente conforta e deixa o paciente mais a vontade para seguir acompanhamento e satisfação, mas sim a interação por meio de habilidades profissionais de comunicação clara, empática e eficaz, alcançando assim o desenvolvimento da consciência crítica do paciente e, por conseguinte a conscientização por mudanças de hábitos de vida e cuidados necessários para estabilizar, regredir, melhorar o quadro da doença, e, também esta consciência refletir-se no convívio social da comunidade.

Pouco se discute quanto aos fatores relativos à atuação do profissional da saúde para com a terapêutica do paciente, ele como o ator principal a conduzir um tratamento, que inclui desde a total compreensão da realidade do paciente, a educação em saúde, a avaliação dos fatores interferentes ou prejudiciais a adesão e, por fim a promoção da saúde. Neste último, se conquistado, é demonstrativo de compreensão e conscientização do paciente quanto a todos os aspectos de atenção a sua saúde. Ou seja, a conscientização do paciente é resultado da educação e promoção da saúde sob a responsabilidade e competência do profissional da saúde, independente dos fatores interferentes da vida do paciente que devam ser considerados e analisados por ele.

Sob este prisma, Leite (2003) ressalta:

[...]a forma como é visto o papel do paciente no seu tratamento é refletida também na forma como são discutidos os fatores relativos ao paciente na adesão, variando entre a tentativa de compreensão de seus valores e crenças em relação à saúde, à doença e ao tratamento, até a identificação da não-adesão como comportamento desviante e irracional. Neste último caso, a responsabilidade pela não-adesão ao tratamento é definida como ignorância dos pacientes ou responsáveis por eles sobre a importância do tratamento, a pouca educação da população (presumindo que seria um comportamento típico de classes menos privilegiadas), ou como simples desobediência de ‘ordens do profissional’.⁴²

O profissional de saúde é o responsável por identificar e tratar de qualquer aspecto que venha a interferir ou prejudicar o exercer de suas competências à saúde de seus pacientes, do contrário sua atuação profissional será frustrada. *A priori*, o profissional é o integrante capacitado e preparado para utilizar das habilidades apreendidas na academia para solucionar problemas de saúde assim que possível, ou amenizá-los.

Entretanto, pouco se questiona quando ao fator maior que pode estar desencadeando uma realidade de baixa qualidade nos atendimentos/acompanhamentos de saúde e o fracasso de tratamentos e cuidados de prazo prolongado. A questão é que talvez os profissionais não estejam sendo preparados adequadamente para exercer todas as funções que exigem suas responsabilidades, e com isso, a educação e a promoção da saúde não serão efetuadas como deveriam e seus resultados não serão eficientes como é inerente à estratégia quando bem aplicada.

Deste modo, apresenta-se a necessidade de rediscutir o ensino superior dos cursos de saúde, pois com o passar do tempo, pôde-se perceber as falhas e consequências que o despreparo para o atendimento generalista e que promova a saúde interferem negativamente na Saúde Pública do país. Precisa-se rever a atuação das IES com maior proximidade e acompanhar não só a elaboração das matrizes curriculares dos cursos, como também e mais importante, a execução da formação dos futuros profissionais de saúde.

A responsabilidade pela ordem da formação profissional da saúde é atribuída ao SUS, através da Constituição Federal de 1988, o que na prática não tem ocorrido, apesar de haver instrumentos previstos para este trabalho em conjunto.² A ineficiente comunicação e relação entre os Ministérios da Saúde e da Educação no que diz respeito a formação dos profissionais de saúde, distanciam as duas realidades, acadêmica e de saúde.

Apesar do humanismo ser um assunto antigo na história da humanidade, a inclusão dele no ensino médico brasileiro é recente, oficialmente legalizado na Resolução CNE/CES no 4, de 7 de novembro de 2001, do Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior, que contém as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina.¹

A partir desta Resolução, foi definido o perfil do egresso/profissional necessário para viabilizar a articulação entre o sistema de saúde e a realidade pública:

[...] O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção,

recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.¹

Ainda assim, as Diretrizes Curriculares propõem um enorme progresso preconizando: (1) postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; (2) orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças; (3) capacidade de compreensão, integração e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional; (4) orientação para atuar em nível primário e secundário da atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde; (5) capacidade para o primeiro atendimento das urgências e emergências; (6) capacidade para comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente; (7) capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional e de auditoria do próprio desempenho; (8) capacidade de atuação e eventual liderança na equipe de saúde.¹

Quanto a implementação das Diretrizes para o perfil do egresso na prática educacional, Santos (1987, p. 93) mudanças foram necessárias não apenas no ensino médico, mas também outras se fizeram necessárias no âmbito do sistema de saúde e político do país. Implicando, assim, na implantação da hierarquização e regionalização das unidades de saúde. Estas por sua vez, compreendem três níveis de atendimento a saúde: o primário, o secundário e o terciário.⁴³

O atendimento primário representa o contato inicial da população com a assistência à saúde, através de ambulatórios, postos de saúde e consultórios; o secundário é o atendimento através dos hospitais comunitários, que atendem às condições clínicas mais frequentes que exigem cuidados médicos à nível de internação; o atendimento terciário é aquele mais complexo, destinado ao diagnóstico e tratamento de patologias complexas, sendo realizado no hospital universitário, ou hospital de ensino.⁴³

Devido a esta nova formatação de níveis de atendimento a saúde, entende-se que torna mais necessária a adequação dos médicos para o efetivo suprimento das necessidades da população.

De acordo com o Ministérios da Saúde e da Educação, o país enfrenta uma precária *disponibilidade de profissionais gerais, dotados de visão humanística e preparados para prestar*

*cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde.*²

É necessário que sejam tomadas providências cabíveis e efetivas para as melhorias na formação profissional, o que espera-se o amadurecimento a médio e longo prazos. Para isso, o MS e MEC responsabilizam as IES para a tomada de providências e resultados no que diz respeito ao perfil profissional almejado, tornando-as as protagonistas desta reforma curricular.

2

Com o intuito de promover mudanças curriculares nos cursos de medicina do país, Ministérios da Saúde e da Educação lançaram o *Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina: uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde (PROMED)*.²

O PROMED foi primeira iniciativa do Governo Federal de promoção das mudanças curriculares para o enquadramento da formação dos cursos de medicina as necessidades no sistema de saúde,² com o objetivo de “reorientar os produtos da escola médica (profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados) com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica”. O que provocou movimento de todos os cursos de medicina do país, para revisar e alterarem seus currículos, adequando assim, a formação ofertada na instituição para o então, chamado no PROMED como, “novo produto”.^{44,45,46}

É importante ressaltar, que nos últimos anos, estudiosos da área da educação médica já haviam identificado a necessidade de melhorias, mudanças para a adequação da formação ofertada pelas escolas médicas, afim de atender as necessidades de saúde.^{47,48,49}

A especialização médica tem sido a escolha da maioria dos médicos recém-formados. Cerca de 2/3 deles ingressam na Residência Médica, e de acordo com o MS e MEC, estes números tem aumentado nos últimos anos. Esta excessiva gama de profissionais especialista, entre outros fatores, tem elevado consideravelmente os custos assistenciais.²

Com isto, percebe-se a necessidade de uma análise mais aprofundada para buscar estratégias que aliem os ideias e obtenha-se resolutividade nas demandas de saúde. Caminhos excessivos para o tecnicismo ou para o humanismo em sua totalidade não tem solucionado e abrangido as necessidades de saúde da população, apenas pode-se perceber melhorias nos assuntos mais específicos de cada área, mas não resolutivo, que alcance a complexidade que envolve o ser humano/paciente.

Considerando que as IES são as responsáveis pelo desenvolvimento da formação médica e reestruturação neste aspecto, é preciso adentrar as realidades formadoras destes profissionais para que se possa compreender os fatores determinantes de um perfil inadequado² e então, estar apto e conhecedor de estratégias que alcancem a carência na formação.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar a oferta de disciplinas humanistas no Ensino Médico do Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar e quantificar a existência de IES credenciadas pelo MEC e, destas, as disciplinas humanistas.
- b) Descrever a taxa de disciplinas humanistas por Estado brasileiro.
- c) Descrever a taxa de disciplinas humanistas pelo total de IES de cada Estado brasileiro.
- d) Descrever a taxa de disciplinas humanistas por região do país.
- e) Descrever a taxa de disciplinas humanistas de IES públicas e privadas.
- f) Descrever a taxa de disciplinas humanistas de capitais e não-capitais do país.
- g) Associar a taxa de disciplinas humanistas de capital e não-capital com a sua taxa de IES.
- h) Classificar as disciplinas humanistas em Ciências Médicas ou Humanas.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo teve como proposta realizar uma pesquisa de natureza aplicada, com objetivo de análise-descritiva. O tipo de estudo foi de referencial documental, de aplicação transversal, com abordagem quali-quantitativa.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo pretendeu analisar dados das IES brasileiras credenciadas pelo MEC que constituíssem cursos de graduação em Medicina.

4.3 AMOSTRA

A amostra desta pesquisa foi composta por disciplinas de Ciências Humanas e Ciências Médicas pertencentes as matrizes curriculares dos cursos de graduação em Medicina credenciados no MEC.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram utilizados como critério de inclusão para este estudo, os seguintes:

- (1) IES credenciadas e que constassem no cadastro do site do MEC;
- (2) IES dos 27 estados do Brasil, os quais incluem: Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Distrito Federal, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Rorâima, São Paulo, Santa Catarina, Sergipe, Tocantins;
- (3) Cursos de graduação em Medicina.
- (4) Cursos com modalidade apenas presencial;

-
-
- (5) Matrizes curriculares atuais, em execução, sejam estas antigas ou novas na IES;
 - (6) Disciplinas que fossem consideradas das ciências humanas (disciplinas que tratam dos aspectos do ser humano como indivíduo e como ser social, tais como a psicologia, sociologia, antropologia, ciência política, religião, história, linguística, comunicação social, direito, ética, entre outras) e/ou ciências médicas (conhecimentos específicos da saúde, ex. Semiologia, Semiotécnica, Histologia, entre outras), mas que contemplassem ou sugerissem conteúdo/objetivo humanista;
 - (7) Ementas e conteúdos programáticos com conteúdo humanístico, conforme este estudo propõe.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram utilizados como critério de exclusão os seguintes:

- (1) Cursos de modalidade parcial ou integral de Ensino a Distância;
- (2) Matrizes curriculares em extinção ou já extintas na IES, mesmo que ainda publicadas no site ou disponibilizadas posteriormente pela IES.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada a partir da análise das seguintes variáveis do estudo:

- a) Curso de graduação em medicina;
- b) Organização Acadêmica (Faculdade, Centro Acadêmico, Universidade ou Instituto Federal);
- c) Natureza Jurídica (Pública ou Privada);
- d) Conceito Institucional;
- e) Índice Geral de Cursos;
- f) Dados divulgados na Internet;
- g) Dados não divulgados na Internet;
- h) Disciplinas de ciências humanas;
- i) Disciplinas de Ciências da Saúde que sugeriram conteúdo humanista;
- j) Ementa;
- k) Conteúdo programático;
- l) Carga teórica;

-
-
- m) Carga horária Prática;
 - n) Modalidade obrigatória ou optativa/eletiva;
 - o) Região do país;
 - p) Capital ou cidade do interior.

4.7 PROCEDIMENTO

4.7.1 Coleta e Análise de Dados

A coleta de dados foi realizada em sete etapas, conforme segue.

a) Etapa I – Site do MEC:

Através do site do MEC (<<http://emec.mec.gov.br/>>) foi realizada um levantamento para a coleta de informações das IES com os cursos de saúde. No site, primeiramente, selecionava-se o estado desejado para análise, posteriormente o curso de medicina e, então disponibilizava a lista de IES que o estado contém com os respectivo curso selecionado. Era disponibilizado as informações de identificação de cada IES como: endereço completo, organização acadêmica, sítio, e-mail e telefones de contato. Todos estes dados são repassados para uma tabela do programa *Microsoft Excel* (Formulário de Coleta de Dados - Apêndice 1).

b) Etapa II – Sites da IES:

Através da planilha confeccionada por estado, foram analisados os *sites* de cada IES contida em cada uma das planilhas. Os sites eram analisados com o intuito de coletar as matrizes curriculares, ementas e conteúdos programáticos, quando disponibilizados, do curso para posterior análise.

c) Etapa III – Disciplinas, Carga Horária, Ementas e Conteúdos Programáticos:

Eram analisadas as matrizes curriculares, com enfoque nas disciplinas de ciências humanas e ciências médicas que contemplassem conteúdo humanista, observando carga

horária. As mesmas eram organizadas em banco de dados do programa *Microsoft Excel* (Formulário de Coleta de Dados - Apêndice 1). A determinação quanto a ser ou não humanista era através de descritores pré-determinados (*Educação em Saúde, Educação e Saúde, Educação para Saúde, Comunicação, Relação Médico-Paciente, Relação Profissional-Paciente, Didática em Saúde, Promoção da Saúde, Formação e Educação em Saúde, Coletiva, Saúde Coletiva, Atenção Básica, Família, Comunidade, Capacitação, Prevenção, Informação e Educação*). Estes descritores, por sua vez, foram pré-determinados a partir da leitura de artigos publicados sobre o tema em questão para o aprofundamento deste estudo, e, também, após reconhecimento e leitura dinâmica de todas as matrizes curriculares que foi possível o acesso. Possibilitando, assim, o acréscimo de outros descritores para que fosse minimizada a perda de material de análise. Posteriormente as ementas e conteúdos programáticos confirmavam o teor humanista, tendo como embasamento os conceitos estudados neste estudo.

f) Etapa IV – Análise Estatística:

Após preenchimento do Formulário de Coleta de Dados (Apêndice 1), foi realizada a análise estatística, com o apoio e orientação de profissional qualificado e competente em conhecimentos estatísticos.

g) Etapa V – Análise e Discussão dos Dados e Gráficos:

Os dados analisados estatisticamente eram avaliados, e posteriormente discutidos entre os pesquisadores quanto aos fatores determinantes dos dados encontrados, bem como os aspectos que colaborariam para melhora dos resultados.

h) Etapa VI – Relatório Final:

Com base na leitura e análise das publicações atuais nesta temática, foi elaborado o relatório final baseado em todas as análises e discussões sobre os dados e materiais levantados nesta pesquisa. Depois de concluído, este foi sendo entregue ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde da PUCRS para análise e aprovação no Curso de Mestrado.

4.7.2 Levantamento Bibliográfico

O levantamento bibliográfico para estudo, atualização e análise de diferentes pontos de vista se deu periodicamente, seguindo a seguinte sequência:

- a) Buscas nas Bases de Dados de Periódicos Científicos de artigos publicados a nível nacional e internacional sobre o tema: ScieLo (*Scientific Eletronic Library Online*), LILACS (*Literatura Latinoamericana em Ciencias de La Salud*) e Medline (coordenado pela *National Library of Medicine - NLM*). Para esta busca foram utilizados alguns descritores. Os descritores foram extraídos respectivamente dos vocabulários (1) *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS), sua versão em português e espanhol, administrado pela BIREME e (2) *Medical Subject Headings* (MeSH), gerido pela NLM.⁵⁰
- b) Seleção dos artigos de interesse e que contemplassem o tema em questão;
- c) Leitura inicial de cada artigo, grifando os aspectos mais importantes e que pudessem contribuir com a pesquisa;
- d) Posteriormente a leitura, as principais partes do material eram repassados para a Ficha Bibliográfica (Apêndice 2);
- e) Arquivamento dos artigos estudados.

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados quantitativos foram descritos por média e desvio padrão. Dados categóricos foram descrito por contagens e percentuais. Na presença de assimetria foi utilizado mediana e amplitude interquartil (P25 a P75).

Nos dados quantitativos a comparação foi realizada pelo teste *t* de *Student* ou por seu equivalente não paramétrico. Para dados categóricos foi utilizado o teste do qui-quadrado.

A consideração simultânea de diversos fatores foi explorada por modelo de regressão logística múltipla. O nível de significância adotado foi de $\alpha=0,05$.

Assim coletados os dados, estes foram analisados através do pacote estatístico *Statisic Package For Social Sciences* (SPSS, 2013) 20,0 for Windows.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo teve como proposta única a análise bibliográfica e documental, garantindo o não envolvimento com seres humanos, individual ou coletivamente, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.⁵¹

A proposta com esta pesquisa foi identificar as necessidades existentes no sistema de formação superior em saúde e, a partir de novos debates e propostas de resolução, trazer benefícios à população através da melhoria na formação dos profissionais da saúde e, conseqüentemente, garantir melhor atendimento à saúde de todos, efeitos estes que continuarão após a conclusão desta.

Toda a análise e conclusão levarão em consideração as necessidades de cada região e, também, as diferenças presentes entre eles, explicitando como será assegurado o respeito aos participantes e sua comunidade.⁵¹

Ainda assim, prevê procedimentos que asseguram e garantem a preservação e proteção de todos os dados trabalhados nesta pesquisa, bem como, a imagem, confidencialidade e anonimato das Instituições participantes, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das mesmas e/ou das comunidades, inclusive em termos de prestígio e/ou econômico-financeiro.⁵¹

Inicialmente, foi encaminhado à Comissão Avaliadora do Curso de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde e, assim que autorizado pela mesma, foi liberado para a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS. Desta forma, se deu início as coletas de dados, reiterando o comprometimento em obedecer adequadamente a metodologia neste trabalho exposta previamente.

5. RESULTADOS

Das 178 IES registradas no MEC até a data de 06/08/2013, 127 contemplavam os critérios de inclusão, sendo assim integralizadas neste estudo. Estas IES, estavam distribuídas em 24 dos 27 estados brasileiros, sendo que 3 deles (Acre, Roraima e Distrito Federal) não contemplavam os critérios de inclusão. A distribuição das escolas por estado e região do país, estão apresentadas nas (Tabela 1). Nesta referida Tabela estão apresentados também dados que caracterizam o estado, como: taxa populacional, PIB, e taxa de mortalidade infantil. A análise de 7832 disciplinas mostrou que 22,8% (n=1788) eram disciplinas humanistas ou que sugeriam e/ou contemplavam conteúdos humanistas.

Ao identificar e quantificar a taxa de disciplinas humanistas pelas totais existentes nos cursos de Medicina de cada Estado do país, encontrou-se a proporção de 67,9% das disciplinas dos cursos do Rio Grande do Norte (n=129) eram humanistas, seguidos por 51,6% no Ceará (n=81), seguido de 32,4% em Rondônia (n=34), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição e caracterização da amostra em estudo.

REGIAO	ESTADO	POPULAÇÃO	PIB	Taxa de Mortalidade Infantil	Faculdade de Medicina	Total de Disciplinas	Disciplinas Humanistas	Disciplinas Humanistas /Faculdade de Medicina	Disciplinas Humanistas / Total de Disciplinas
		(n milhões)	(%)	(n/1000)	(n)	(n)	(n)	(%)	(%)
NO	ACRE*	733.559	-	-	1	-	-	-	-
NO	AMAPÁ	669526	0,2	25,4	1	25	7	7	28,00
NO	AMAZONAS	3483985	1,6	20,6	2	141	12	6	8,50
NO	PARÁ	7581051	2,1	21,5	1	50	12	12	24,00
NO	RONDÔNIA	1562409	0,7	18,9	2	105	34	17	32,40
NO	RORAIMA*	450.479	0,2	-	1	-	-	-	-
NO	TOCANTINS	1383445	0,4	20,5	3	200	28	9,3	14,00
Subtotal NO	7	15.864.454		18,1	11	521	93		17,85
NE	ALAGOAS	3120494	0,7	18,6	1	50	9	9	18,00
NE	BAHIA	14016906	3,9	21	5	284	25	5	8,80
NE	CEARÁ	8452381	2,1	16,2	3	157	81	27	51,60
NE	MARANHÃO	6574789	1,3	21,9	2	113	32	16	28,30
NE	PARAÍBA	3766528	0,9	18,2	2	118	18	9	15,30
NE	PERNAMBUCO	8796448	2,5	17	3	170	28	9,3	16,50
NE	PIAUI	3118360	0,6	20,7	1	74	21	21	28,40
NE	RIO GRANDE DO NORTE	3168027	0,9	17,2	3	190	129	43	67,90
NE	SERGIPE	2068017	0,6	18,2	2	111	10	5	9,00
Subtotal NE	9	53081950		18,5	22	1267	353		27,86
CO	GOIÁS	6003788	2,7	15,9	3	167	43	14,3	25,70
CO	MATO GROSSO	3035122	1,7	19,6	2	117	9	4,5	7,70
CO	MATO GROSSO DO SUL	2449024	1,2	15,4	2	96	14	7	14,60
Subtotal CO	3	11487934		14,2	7	380	66		17,37
SE	ESPÍRITO SANTO	3514952	2,4	11,9	3	158	39	13	24,70

SE	MINAS GERAIS	19597330	9,3	16,2	17	1153	267	15,7	23,20
SE	RIO DE JANEIRO	15989929	11,2	14,3	12	685	170	14,2	24,80
SE	SÃO PAULO	41262199	32,6	12	28	1966	406	14,5	20,70
Subtotal SE	4	80364410		13,1	60	3962	882		22,26
SU	PARANÁ	10444526	5,8	12	9	626	110	12,2	17,60
SU	RIO GRANDE DO SUL	10693929	6,4	11,3	11	597	140	12,7	23,50
SU	SANTA CATARINA	6248436	4,1	11,2	9	479	144	16	30,10
Subtotal SU	3	27386891		12,6	29	1702	394		23,15
Total	26	188.185.639			129	7832	1788		73,27

* Estados referentes às 2 IES que não participaram da pesquisa por não terem dados suficientes para confirmar o teor humanista das disciplinas.

Quando relacionadas ao total de IES existentes em cada Estado, 43% encontram-se no Rio Grande do Norte, 27% no Ceará, e 21% no Estado do Piauí (Figura 1).

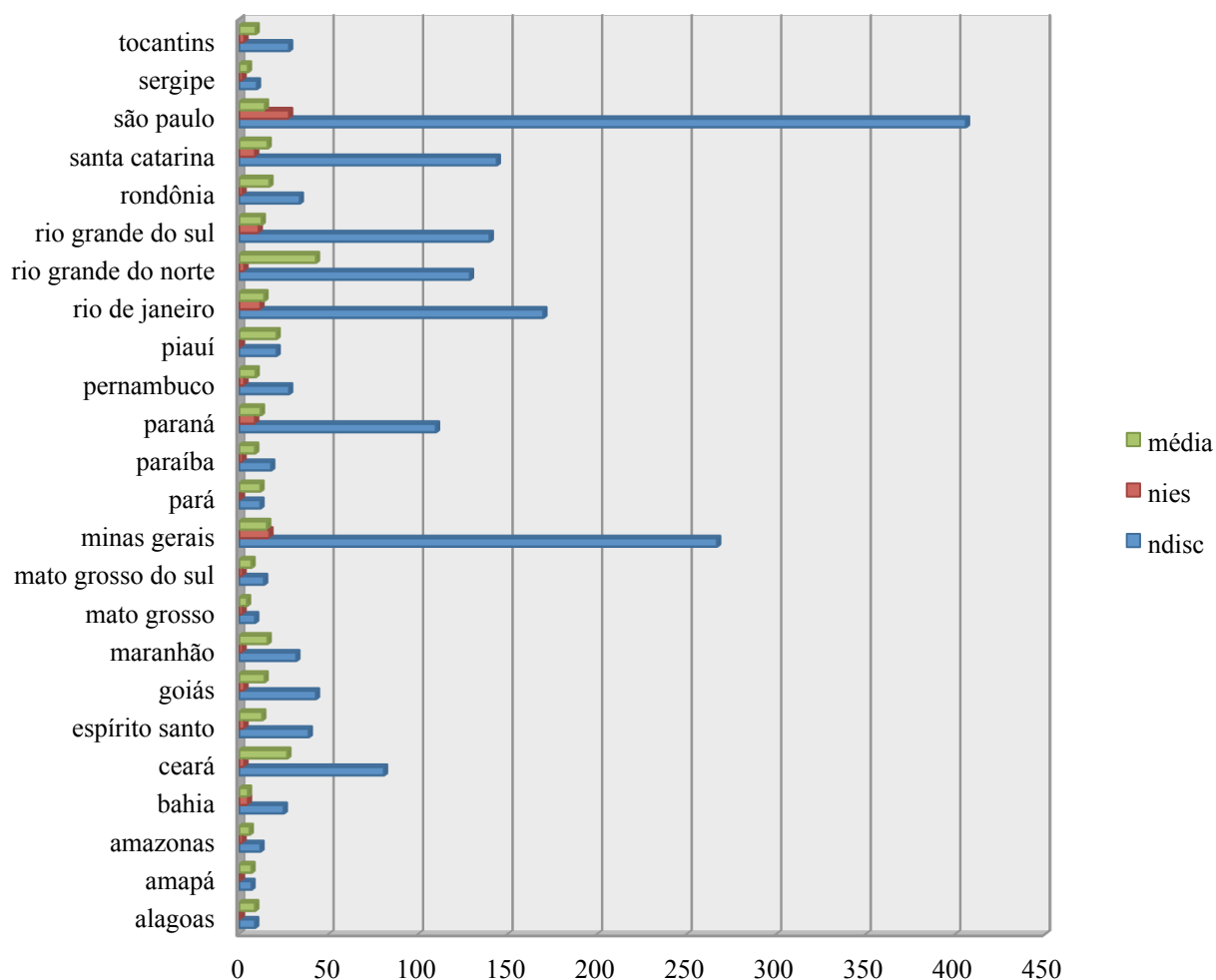


Figura 1 - Disciplinas humanistas e IES por Estado brasileiro.

Tabela 2 - Disciplinas humanistas e IES por Estado brasileiro.

Estado	Total		
	Disciplinas Humanistas n (%)	IES (n)	Média
Alagoas	9 (0,5)	1 (0,8)	9
Amapá	7 (0,4)	1 (0,8)	7
Amazonas	12 (0,7)	2 (1,6)	6
Bahia	25 (1,4)	5 (4)	5
Ceará	81 (4,5)	3 (2,3)	27
Espírito Santo	39 (2,1)	3 (2,3)	13
Goiás	43 (2,4)	3 (2,3)	14,33
Maranhão	32 (1,8)	2 (1,6)	16
Mato Grosso	9 (0,5)	2 (1,6)	4,5
Mato Grosso do Sul	14 (0,8)	2 (1,6)	7
Minas Gerais	267 (15)	17 (13,4)	15,71
Pará	12 (0,7)	1 (0,8)	12
Paraíba	18 (1,0)	2 (1,6)	9
Paraná	110 (6,1)	9 (7,1)	12,22
Pernambuco	28 (1,6)	3 (2,3)	9,33
Piauí	21 (1,1)	1 (0,8)	21
Rio de Janeiro	170 (9,5)	12 (9,5)	14,17
Rio Grande do Norte	129 (7,2)	3 (2,3)	43
Rio Grande do Sul	140 (7,8)	11 (8,7)	12,73
Rondônia	34 (2)	2 (1,6)	17
Santa Catarina	144 (8)	9 (7,1)	16
São Paulo	406 (22,8)	28 (22)	14,5
Sergipe	10 (0,5)	2 (1,6)	5
Tocantins	28 (1,6)	3 (2,3)	9,33
Total	1788 (100)	127 (100)	13,32 ± 8,30

Mediana 12,5 (4,5; 43)

Quando subdividas pelas cinco regiões do país, as disciplinas humanistas distribuem-se em 27,86% no nordeste (n=358), 23,15% no sul (n=394), 22,26% no sudeste (n=882), 17,85% no norte (n= 96) e, por último na região centro oeste com 17,37% (n=66).

Também foram classificadas em disciplinas de Ciências Humanas e Ciências Médicas. 55,2% das disciplinas humanistas eram desenvolvidas na área de ciências médicas, e 44,8% nas ciências humanas (Figura 2).

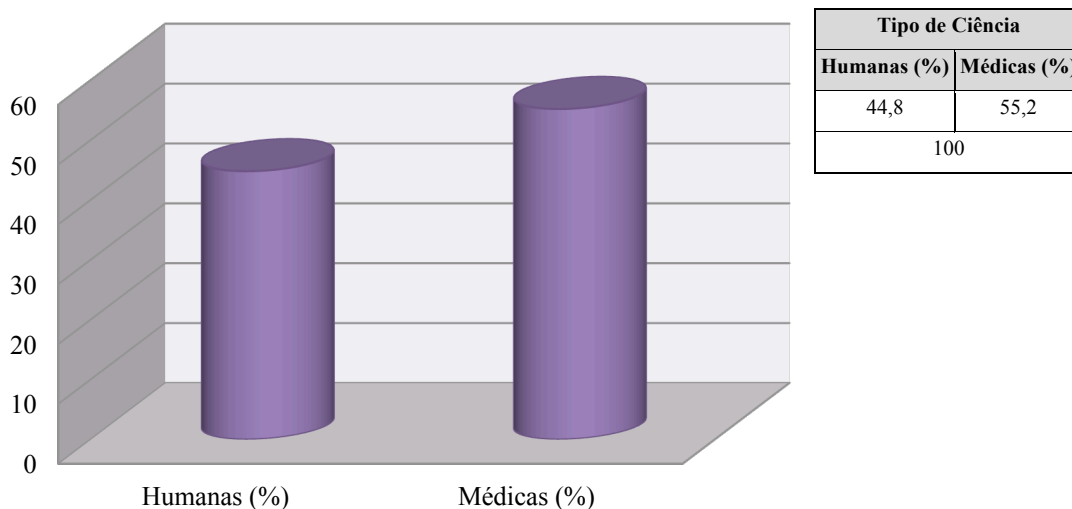


Figura 2 - Classificação curricular quanto ao tipo de Ciência das disciplinas humanistas

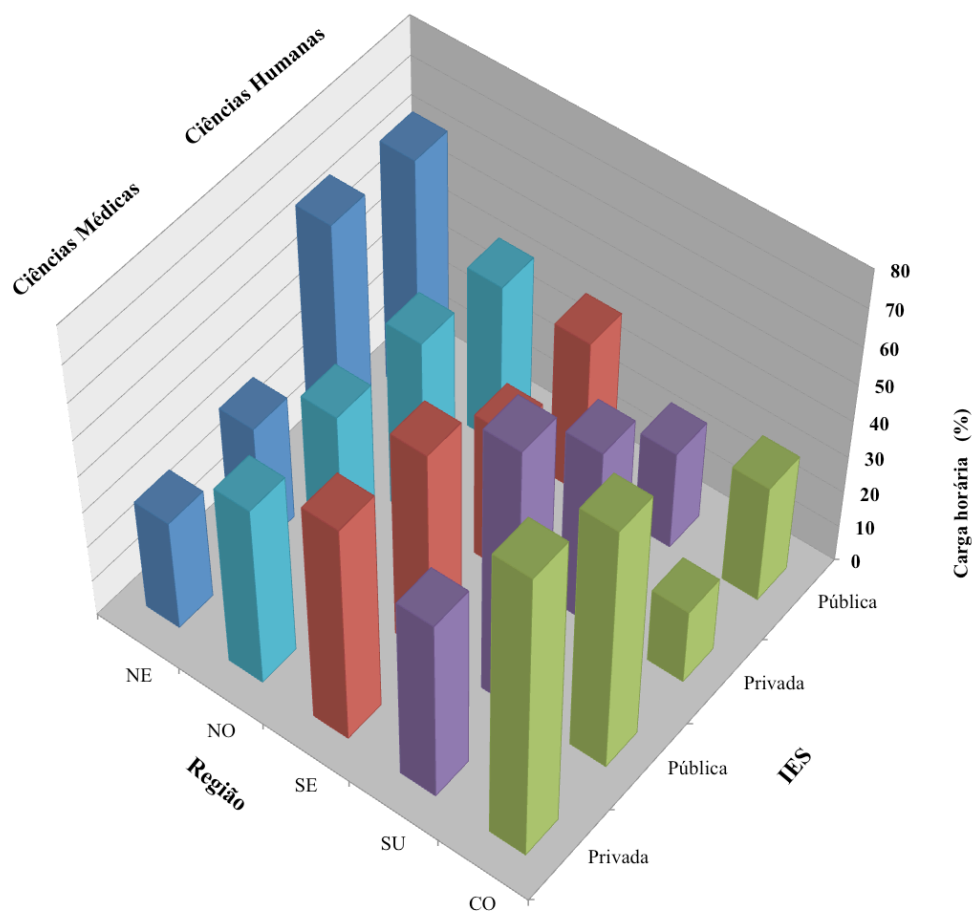
Ainda quanto a classificação de humanistas desenvolvidas na área de ciências médicas ou de ciências humanas, nas IES privadas, as disciplinas de ciências humanas apresentaram-se em primeiro lugar na região nordeste (67,7%), seguidos da região norte (50,3%), sul (49,9%), sudeste (39,8%) e centro oeste (20,7%). As disciplinas humanistas desenvolvidas nas ciências médicas são trabalhadas em maior representatividade na região centro oeste (79,3%), seguidos pela região sudeste (60,1%), sul (50,1%) e norte (49,7%) e nordeste (30,6%).

Nas IES públicas, as disciplinas de ciências humanas mostraram-se estar mais presentes na região nordeste (64,8%), seguido das regiões norte (44,6%), sudeste (43,1%), centro oeste (32,4%) e sul (27,1%). Já nas ciências médicas, as disciplinas humanistas são trabalhadas mais na região sul (72,9%), respectivamente na região centro oeste (67,6%), sudeste (56,9%) norte (52,2%), nordeste (34,3%).

Com relação a carga horária designada para as disciplinas humanistas nos currículos de medicina, na Figura 2, pode-se observar que as regiões apresentam diferente distribuição de carga horária para ciências humanas e ciências médicas, sendo as regiões CO, SU e SE com maior discrepância de distribuição entre elas. Nas regiões NO e NE a distribuição foi

semelhante, mas mantendo a tendência ao predomínio de carga horária para as ciências médicas.

Na Figura 3, pode-se analisar a distribuição da carga horária na classificação de ciências humanas e médicas, e também quanto natureza jurídica desta (pública ou privada). Assim, constata-se que as disciplinas humanistas nas ciências médicas estão concentradas na região CO, em IES de caráter privado (79,3%). Quanto as disciplinas nas ciências humanas, apresentaram maior concentração na região NE (Privadas: 67,7% e Públicas: 64,8%).



	Pública	Privada	Pública	Privada
■ NE	64,8	67,7	34,3	30,6
■ NO	44,6	50,3	52,2	49,7
■ SE	43,1	39,8	56,9	60,1
■ SU	27,1	49,9	72,9	50,1
■ CO	32,4	20,7	67,6	79,3

Figura 3 - Distribuição da carga horária de disciplinas humanistas classificadas como Ciências Humanas e Médicas conforme natureza da IES pública ou privada, por região do país.

As disciplinas humanistas desenvolvidas na área das ciências médicas apresentaram-se mais na região centro oeste (86,4%), já nas ciências humanas concentraram-se mais na região nordeste (44,5%), muito próximo a expressão das mesmas na região norte (43,6%), conforme apresentado na Figura 4.

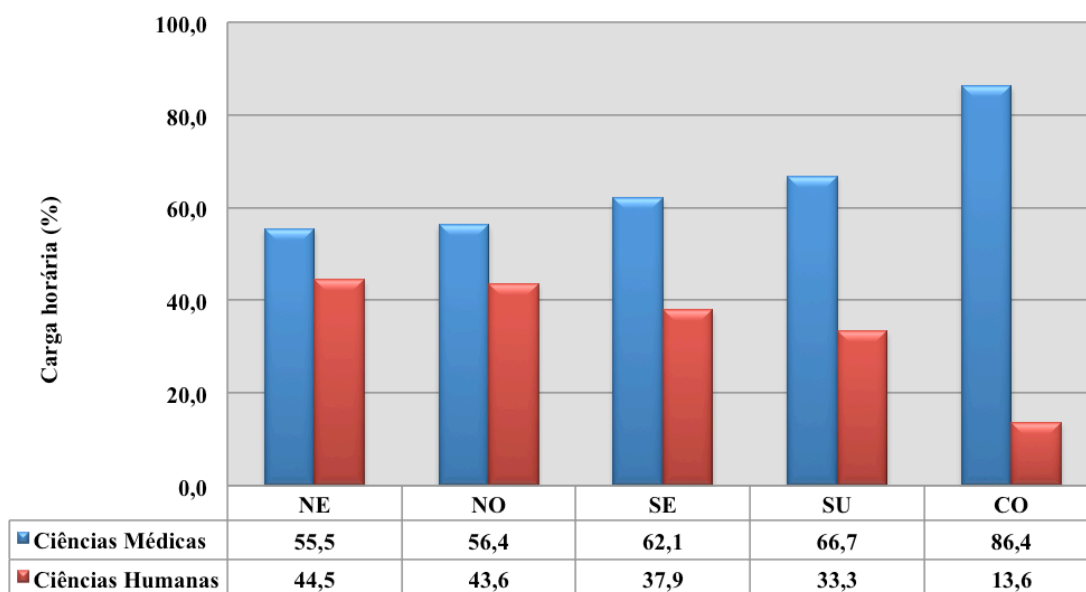
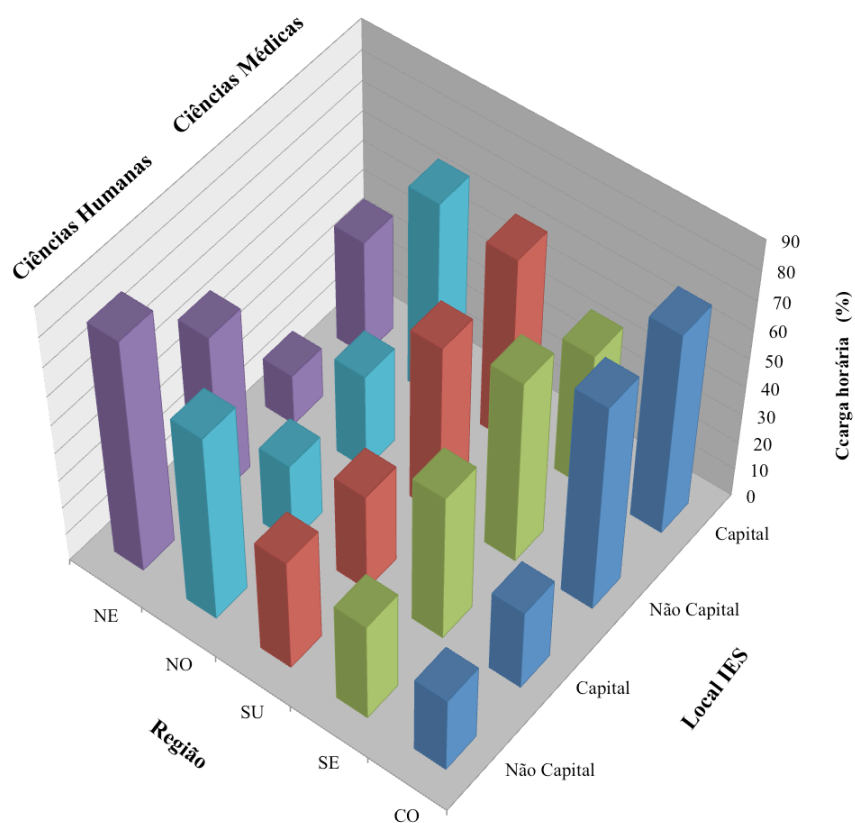


Figura 4 - Distribuição da carga horária de disciplinas classificadas como Ciências Humanas e Médicas conforme a localização de IES em cada região do país.

Quanto a localização das disciplinas humanistas em capitais e não capitais, identificou-se maior concentração na região nordeste com uma incidência de 82% em cidades não-capitais e 58% nas capitais. No norte do país, 69% em capitais e 66% em não-capitais, no sul 65% em capitais e 60% em não-capitais, no sudeste 52% em capitais e 65% em não capitais e, por fim, no centro oeste, 71% estão em capitais e 73% em não-capitais, conforme apresentado na Figura 5.



	Capital	Não Capital	Capital	Não Capital
■ NE	41	18	58	82
■ NO	69	34	28	66
■ SU	65	60	35	40
■ SE	48	65	52	35
■ CO	71	73	29	27

Figura 5 - Distribuição da carga horária de disciplinas humanistas classificadas como Ciências Humanas e Médicas conforme localização em cidades capitais e não-capitais e região do país.

Alguns fatores locais de cada Estado e separadamente por regiões do país, foram utilizados, para realizar correlações entre variáveis e assim melhor compreender os achados no ensino Médico. As disciplinas humanistas foram correlacionadas com estes vislumbrando cada Estado, como também os mesmos fatores por regiões do país. Estes fatores foram a taxa populacional, taxa de mortalidade infantil e Produto Interno Bruto (PIB).

A correlação das disciplinas humanistas classificadas em Ciências Humanas e Ciências Médicas com a taxa de mortalidade infantil (Tabela 3) apresentou alguns dados interessantes de correlações opostas como no caso de IES públicas com disciplinas

humanistas encontradas nas ciências humanas, quando correlacionadas com a taxa de mortalidade apresentaram $r=0,944$, e quando correlacionada a taxa de mortalidade infantil com as disciplinas humanistas encontradas nas ciências médicas a correlação foi inversamente, negativa ($r=-0,957$).

Da mesma forma, ocorreu com a correlação das disciplinas humanistas de locais não-capital, das ciências humanas com a taxa de mortalidade ($r=0,941$), enquanto as disciplinas humanistas trabalhadas nas ciências médicas, ocorreu o oposto ($r=-0,941$).

Tabela 3 - Índice de Correlação de Pearson entre características de IES e indicadores (de bem estar) sociais.

IES	Tipo de Ciências	PIB	Taxa de mortalidade infantil
Pública	Humanas	0,04	0,944
	Medicas	0,002	-0,957
Privada	Humanas	-0,055	0,73
	Medicas	0,055	-0,744
Capital	Humanas	0,592	0,498
	Medicas	-0,552	-0,565
Não Capital	Humanas	-0,314	0,941
	Medicas	0,31	-0,941

A taxa de mortalidade infantil e a quantidade de cursos de medicina com disciplinas humanistas existentes em cada região do país não houve correlação ($r=-0,414$; $p<0,01$).

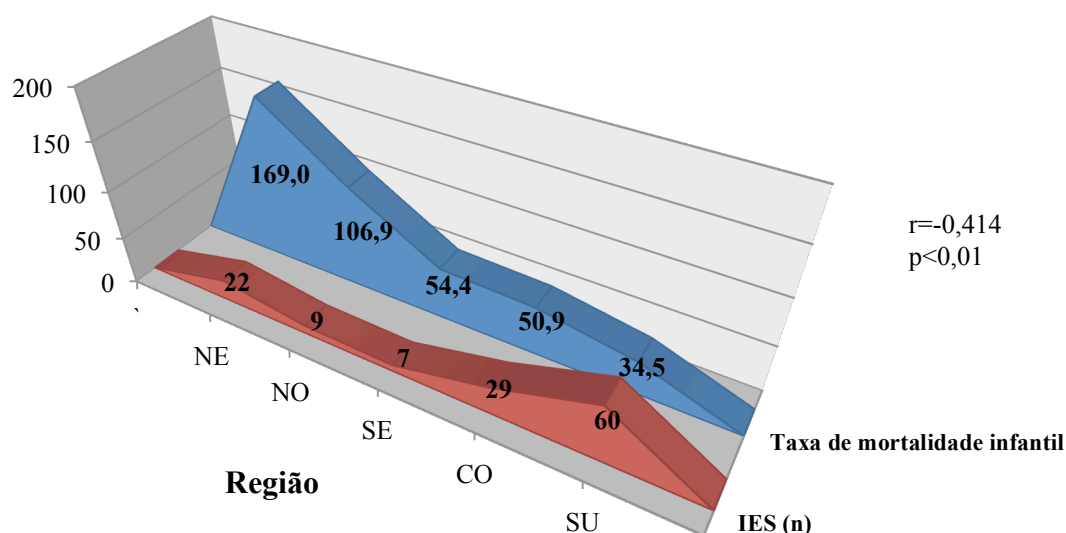


Figura 6 - Correlação entre a taxa de mortalidade infantil e os cursos de medicina com disciplinas humanistas.

As disciplinas classificadas como humanistas e a taxa de mortalidade infantil, como indicador de saúde e bem estar social, obtiveram um $r=0,933$ ($p<0,001$), sendo expressiva a correlação entres estes fatores.

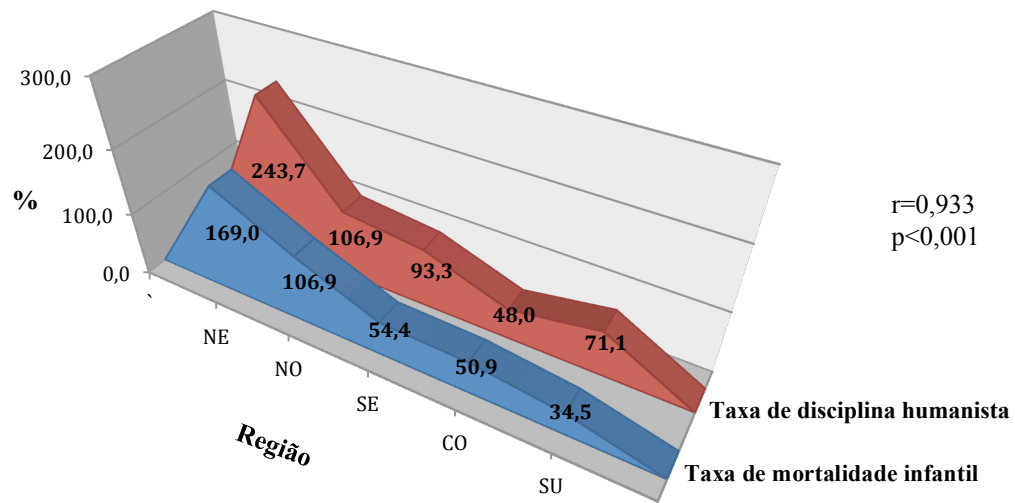


Figura 7 - Correlação entre a taxa de disciplinas consideradas humanistas nas Faculdades de Medicina e a taxa de mortalidade da respectiva região do país.

6. DISCUSSÃO

No Brasil atualmente, há diversos fatores interferentes, diretos e indiretos, na saúde da população. A diversidade geográfica, socioeconômica, cultura, climática, étnica fazem do panorama brasileiro um cenário complexo para a tomada de ações resolutas. É importante ressaltar que, esta diversidade exige ações dinâmicas para que se possam alcançar a todas efetivamente.

Aspectos essenciais para a saúde da população, fazem-se necessárias ações no que diz respeito, por exemplo, a saneamento básico, informações e acesso aos serviços de saúde, condições estruturais dos locais de atendimento, qualificação profissional, ações efetivas de prevenção, vacinação e alcance das campanhas e cuidados nutricionais.⁵²

O crescente movimento tecnológico e a busca para compreender os fatores determinantes do processo saúde-doença promovem novos questionamentos e inerentes mudanças. A abordagem dos problemas de saúde da população, as soluções e estratégias aderidas em sua maioria são demasiadamente técnicas, o que torna-os insuficientes mediante ao entendimento de que o paciente é um ser indissociável, que requer mais que as técnicas modernas, e sim habilidades que considerem a integralidade desse indivíduo em seu meio.⁵³

Com o objetivo de promover transformação nas políticas e ações efetivas, a Organização Mundial da Saúde demonstra a importância e dever de enfrentar os fatores interferentes da saúde pública de um país. No “Manifesto da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS”, ressalta-se que “[...], as profundas iniquidades, quer seja entre populações de países distintos, quer seja de um mesmo país, estão determinando socialmente a situação sanitária da população. Derivam das condições e circunstâncias em que as pessoas vivem e trabalham. Temos os conhecimentos e meios necessários para enfrentar essas iniquidades, e a obrigação moral e social de fazê-lo (...)”.⁵⁴

O cumprimento destes deveres por sua vez, dependem de uma complexidade de ações, requerendo alta capacidade de resolução e sensibilidade para diagnosticar a demanda e fazer os encaminhamentos necessários aos pertinentes setores de saúde. Para esta resolução não basta ações debruçadas em estratégias somente técnicas, e sim em estratégias que alcancem efetiva transformação, considerando as necessidades individuais e coletivas, preventivas e curativas, assistências e educativas.⁵²

Para isto, é necessário que os médicos, estejam preparados e aptos a desempenhar

todas as habilidades exigidas no atendimento integral, desde as competências técnicas bem como interpessoais. O perfil do profissional que se forma em medicina deve atender as necessidades da sociedade e do SUS, e para isto, as IES devem estar adequadas para esta abordagem e promover atividades que preparem bem os futuros médicos.⁵³

Nas duas últimas décadas, a necessidade de mudanças na educação médica vem crescendo e tornando-se cada vez mais presente nos debates da profissão. Órgãos importantes do país como Ministério da Saúde (MS), Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), têm dedicado esforços para avaliar continuamente, reorganizar estratégias e aproximar o perfil dos médicos das necessidades de saúde e princípios de humanização e integralidade do SUS.^{55,56}

Iniciativas que promovam mudanças na educação médica têm sido promovidas desde 2001 pelo Ministério da Educação e da Saúde, como as novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área de Saúde⁵⁷; o PROMED (Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina), que foi um significativo programa de promoção de mudanças curriculares^{11,2}; programa de aproximação acadêmica do SUS (VER-SUS); Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)⁵⁹, entre outros. Com estes movimentos, é possível notar a importância e necessidade de novas medidas que precisavam ser tomadas, bem como estes indicam a necessidade de mudanças na educação médica para suprir a demanda do sistema de saúde. Ainda que os resultados não tenham sido conquistados em sua plenitude e a velocidade das mudanças não acompanhem as necessidades de saúde pública, as iniciativas foram e são importantes para que novas ações sejam promovidas.

Os conceitos de saúde e necessidades de um país diferem muito entre si, e refletem suas prioridades e especialmente o entendimento dos fatores interferentes no processo saúde-doença. A reflexão a cerca dos conceitos e princípios da profissão, bem como o papel do médico na sociedade e a reavaliação de suas competências se faz necessário. Para quaisquer necessidade a lidar, como, neste caso, a dualidade da formação tecnicista e a formação integral/humanista do médico, é necessário que o profissional esteja apto e instrumentalizado para enfrentar as dificuldades do sistema, bem como diminuir os índices que acometem a saúde pública⁵⁹. Sob esta perspectiva, as mudanças curriculares enfrentam resistência e diminui, assim, a velocidade para o amadurecimento destas e outras questões.

No Brasil, há uma diversidade considerável entre as regiões, tornando a desigualdade um aspecto interferente e necessário a ser considerado. As condições sócio-econômicas e o

desenvolvimento de cada Estado e região do Brasil norteiam e alteram a construção do SUS⁵⁴. Estas desigualdades influenciam inevitavelmente em todas as esferas de debate a cerca do SUS, o que torna mais complexo o processo de mudanças no sistema assistencial.

De acordo com Oliveira (2007), quando analisadas as desigualdades no país, o diagnostico se dá, resumidamente, em quatro pontos:

1. Padrão Macrorregional: Regiões Norte e Nordeste, e norte MG, com problemática similar, enquanto o Centro-Oeste apresenta-se mais próximo do Sul e Sudeste;
2. Existência de regiões menos dinâmicas e com precárias condições sociais em todas as Macrorregiões;
3. Dentre vários desafios, dois podem ser apontados como especiais: a Amazônia Legal e o Semi-Árido;
4. Ainda se dá pouca importância à valorização da diversidade sub-regional⁵⁴.

Contudo, considerando as desigualdades e dificuldades de implementar as mudanças considerando as diversidades regionais, as iniciativas até então promovidas não foram suficientes para transformar os conceitos, ações e perfil dos profissionais, em especial no âmbito da formação médica. Apesar da promoção de programas oportunos, como o PROMED e Pró-Saúde, é necessário novos estudos para conhecer melhor a formação ofertada, os efeitos dela sob a população e novas discussões para encontrar estratégias que promovam profundas e efetivas mudanças nos pontos principais de deficiências no sistema de saúde voltadas as necessidades da população⁵³.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o campo médico transcende os limites da ciência, abrangendo os fatores experimentais, culturais, sociais e econômicos, e justapondo a essas a complexidade da relação interpessoal, da família, da mente associada ao corpo, já não cabe uma visão da medicina apenas no âmbito da racionalidade. Almeida (2002) propõe que “somente a arte seria capaz de integrar” o conhecimento científico com todos esses fatores determinantes, e que “o campo médico é um campo eclético, de integração de conhecimentos”, e “deve assumir, sem rodeios, a dimensão de arte”.⁶⁰

A formação acadêmica, a busca incessante pela especialização, e o crescente progresso científico e tecnológico, a despeito de formarem médicos cada vez mais competentes, vão de encontro à necessidade recente, criada pelo crescimento populacional desordenado, de uma medicina voltada para o social e para a promoção de saúde em grande escala.

A reformulação do papel do médico, exigência intrínseca da sociedade em desenvolvimento, é imprescindível ao processo de formação profissional, assim como o vislumbre de uma abrangência de recursos em caráter universal é a essência de uma sociedade equânime e justa.

Contudo, neste estudo foi possível obter informações mais detalhadas e minuciosas com relação ao currículo das escolas médicas que possibilitam apropriar-se um pouco mais, e cada vez mais, sobre o estado em que o Brasil se encontra quanto a oferta de disciplinas humanistas aos futuros médicos do sistema de saúde.

Obviamente, muito ainda há o que estudar, analisar e debater para que se consiga amadurecer o SUS, o perfil dos profissionais que estão na frente deste sistema e as estratégias para melhoria permanente destes fatores influentes nas demandas nacionais. Ainda assim, com todas as dificuldades e lenta velocidade para transformar a realidade deficiente, é necessário manter o estudo e promoção do tema nas mais variadas instâncias. Novos e mais aprofundados estudos são necessários, como em qualquer tema em evolução, para que, ainda que aos poucos, se vá colhendo os frutos destes debates.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES No 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília: 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: agosto 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Promed: Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Rich JM. Bases humanísticas da educação. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
4. Japiassu H, Marcondes D. Dicionário Básico de Filosofia. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1996.
5. Troncon LEA et al. Conteúdos Humanísticos na Formação Geral do Médico. In: Marcondes E; Gonçalves el, (Coord.) Educação Médica. São Paulo: SARVIER; 1998: 99-114.
6. Rooney A. A história da medicina: das primeiras curas aos milagres da medicina moderna. Editora M.Books do Brasil. 2013: 53-5.
7. Pessotti I. A Formação Humanista do Médico. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: ENSINO MÉDICO DE GRADUAÇÃO 29: 440-448, out./dez. 1996: 440.
8. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
9. Ferreira JR. O médico do século XXI. In: ARRUDA, B.K.G. A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: IMIP: Ministério da Saúde, 2001: 27-47.
10. MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 7. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2000: 269.
11. Chaves MM, Rosa AR (org). Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez; 1990.
12. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Avaliação do ensino médico no Brasil: relatório geral 1991-1997. Brasília; 1997.
13. Facchini LA, Piccini RX, Santos RC. Aspectos históricos e conceituais em educação médica.[1998]. Disponível em <<http://www.unb.br/fs/pr33.htm>>. Acessado em 14/03/2013.
14. CORE Committee, Institute for International Medical Education. Global minimum essential requirements in medical education. Med Teach. Mar, 2002: 24(2):130-5.

-
-
15. Fishbein RH. Origins of Modern Premedical Education. *Academic Medicine*. May, 2001; 76 (5).
 16. Ferguson E, James D, Madeley L. Factors associated with success in medical school: systematic review of the literature. *BMJ* 2002; 324:952-57.
 17. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica - processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.
 18. Zhang X et al. Attitudes of Chinese medical students toward the global minimum essential requirements established by the Institute for International Medical Education. *Teach Learn Med*. 2004 Spring; 16(2):139-44.
 19. Howe A et al. Learning in practice: New perspectives-approaches to medical education at four new UK medical schools. *BMJ*. August, 2004: 329 (7).
 20. Lampert JB. Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil. [Tese] ENSP-FIOCRUZ. Rio de Janeiro; 2002.
 21. Pritchard L. Instituting a medical education revolution. [Commentary]. *Medical Education* 2003;37:678679.
 22. Schuwirth LWT, Van Der Vleuten CPM. Changing Education, changing assessment, changing research? Blackwell Publishing Ltd *Medical Education* 2004; 38: 805-812.
 23. Simovska V. Student participation: a democratic education perspective-experience from the health-promoting schools in Macedonia. *Health Education Research*. 2004; 19(2): 198-207.
 24. Smith R. Thoughts for new medical students at a new medical school. *BMJ*. December, 2003; 327: 20-27.
 25. Thibalti GE, Neill JM, Loweinstein DH. The Academy at Harvard Medical School: Nurturing Teaching and Stimulating Innovation. *Academic Medicine*. 78(7): July; 2003.
 26. Ristow AM. A Formação Humanística do Médico na Sociedade do Século XXI: uma análise curricular. [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2007.
 27. Gallian CMD. A (Re)humanização da Medicina. *Psiquiatria na prática médica*. Centro de Estudos - Departamento de Psiquiatria - UNIFESP/EPM. São Paulo: 33(2). Disponível em: <http://www.hottopos.com/convenit2/rehuman.htm#_ftn1> Acesso em: jun 2013.
 28. Silva CC, Egry EY. Constituição de competências para a intervenção no processo saúde-doença da população: desafio ao educador de enfermagem. *Rev Esc Enf USP*. 2003;37(2):11-6.

-
-
29. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, repensar o pensamento. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
 30. Barbosa ECV, Viana LDO. Um olhar sobre a formação do enfermeiro/docente no Brasil. *Rev Enf UERJ*. 2008 Jul-Set;16(3):339-4.
 31. Gruppen LD. Humility and respect: core values in medical education. *Medical Education*. 2014; 48:53-8.
 32. Warner JH. The Humanizing Power of Medical History: responses to biomedicine in the 20th-century United States. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2013; 77: 322-29.
 33. Siqueira JE. Médico para o Século XXI. *Revista do Médico Residente*. Curitiba: 6(2); Abr/Jun. 2004; 28.
 34. Freire, P. *Pedagogia do oprimido*. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.]
 35. Brasil. 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* [legislação na Internet]. Brasília; 1990 [citado 2012 fev. 14]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>.
 36. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc*. 2011;20(4):884-899.
 37. Gastaldi AB, Hayashi AM. Enfermeiros e educadores: em desafio. *Terra e Cultura*. [S.d.];35:97-100.
 38. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. a comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*. 2001;26:331-345.
 39. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003. Disponível em: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf. Acesso em: 9 nov 2010.
 40. Dewulf NLS, Monteiro RA, Passos ADC, Vieira EM, Troncon LEA. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais. *Rev Bras Ciên Farm*. 2006 Out- Dez;42(4):575-84.
 41. Reiners AAO, Nogueira MS. Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. *Rev Latino-am Enf*. 2009 Jan-Fev;17(1).
 42. Leite SN, Vasconcellos MDPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(3):775-782.

-
-
43. Santos JO. Educação Médica: filosofia, valores, ensino. Salvador: Arembepe Ltda. 1987.
 44. Almeida JM. A Educação Médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *Rev Bras Educ Méd.* 2001;25(2):42-52.
 45. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(1):187-193.
 46. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H et al. Caminhos para aprimorar a formação de profissionais de saúde das redes da Atenção Básica. *Rev Bras Educ Méd.* 2001;25(2):53-59.
 47. Byrne N, Rozental M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en la América Latina. *Educ Med Salud.* 1994;28(1):53-93.
 48. Campos FE, Aguiar RAT. Atenção Básica e Reforma Curricular. In: Negri B, Faria R, Vianna ALD (org.). *Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho.* Campinas: Editora Unicamp; 2002. p. 91-9.
 49. Machado, MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
 50. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução CNS - 196/96. Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos e dá outras providências. In: Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.* Brasília; 1996.
 51. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) [homepage na Internet]. Publica o Edital Pró-Ensino na Saúde para projetos de implantação de redes de cooperação acadêmica no País na área de Ensino na Saúde. Brasília; 2010. Disponível em:
<http://capes.gov.br/images/stories/download/bolsas/Edital_EnsinoSaude_2010.pdf>.
 52. Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM. Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. *Saúde em Debate.* São Paulo: Hucitec; 1996.
 53. Oliveira NA, Meirelles RM, Cury GC, Alves LA. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um debate crucial no contexto do promed. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2008; 32 (3): 333-46.
 54. Organização Pan-Americana de Saúde. Apresentações sobre temas relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde. Acesso em 01/03/2012 e disponível em:
<<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=15>>.
 55. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

-
-
56. Paim JS. Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1994.
 57. Almeida M, organizadores. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.
 58. Brasil. Ministério da Saúde. Pró-Saúde-Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. [on- line] Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: < [http:// www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes) >. Acesso em: setembro 2013.
 59. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. História, Ciências, Saúde. 2001; 8(1): 49-70.
 60. Almeida E. As Razões da Terapêutica: racionalismo e empirismo na medicina. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense; 2002: 172.

Apêndice 2 – Ficha Bibliográfica

FICHA BIBLIOGRÁFICA	
Fonte:	
TÍTULO:	
AUTORES:	
PALAVRAS-CHAVE:	
OBJETIVO PRINCIPAL:	
DELINEAMENTO:	
PERÍODO:	
LOCAL:	
PARTICIPANTES:	
CONCLUSÃO/ RESULTADOS:	
REFERÊNCIAS:	
COMENTÁRIOS:	

Apêndice 3 – Artigo Original em Português

Título: A oferta de disciplinas humanistas no ensino médico do Brasil.

Objetivo: Descrever e analisar a oferta de disciplinas humanistas no Ensino Médico do Brasil.

Metodologia: O presente estudo teve como proposta realizar uma pesquisa com o objetivo analítico-descritivo, com base referencial bibliográfico/documental, de aplicação transversal, com abordagem quali-quantitativa. Os dados estudados foram coletados através das matrizes curriculares, pesquisadas através de informações divulgadas na Internet e documentos disponibilizados pela Instituição de Ensino Superior (IES).

Amostra: A amostra desta pesquisa foi composta por disciplinas de Ciências Humanas e Ciências Médicas, pertencentes as matrizes curriculares dos cursos de graduação em Medicina do Brasil, considerando os critérios de inclusão e exclusão.

Resultados: Participaram deste estudo 127 IES. A análise de 7832 disciplinas mostrou que 22,8% eram disciplinas humanistas. O Estado que apresentou a maior taxa local de disciplinas humanistas foi o Rio Grande do Norte, com 67,9% (n=129). Seguido pelo Ceará com (51,6%, n= 81) e Rondônia (32,4%, n=34). Quando subdivididas pelas cinco regiões do país, 27,86% concentrou-se no nordeste, seguido pelas regiões sul (23,15%, n= 394), sudeste (22,26%, n=882), norte (17,85%, n=96), e centro oeste (17,37%, n=66). Houve correlação inversa entre a taxa de mortalidade e as IES (n), $r=-0,414$ ($p<0,001$). Houve expressiva correlação das disciplinas humanistas e a taxa de mortalidade ($r=0,933$, $p<0,001$).

Conclusões: Os movimentos e iniciativas de reforma no ensino médico do Brasil tem provocado debates a cerca das necessidades de saúde não supridas e o perfil dos profissionais que estão na frente do sistema de saúde. Especialmente, no que diz respeito ao ensino médico, muito tem sido questionado com relação ao perfil técnico da formação médica ofertado pelas instituições de ensino. A diversidade geográfica, socioeconômica, cultura, climática, étnica fazem do panorama brasileiro um cenário complexo para a tomada de ações resolutas. É importante ressaltar que, esta diversidade exige ações dinâmicas para que se possam alcançar a todas efetivamente.

Palavras-chave: Educação Médica. Formação médica humanística. Currículo médico. Estudante de medicina. Avaliação Educacional. Mudança Organizacional.

INTRODUÇÃO

No Brasil, apesar do humanismo ser um assunto antigo na história da medicina, a sua inclusão no ensino médico brasileiro é recente, oficialmente legalizado na Resolução CNE/CES, de 7 de novembro de 2001, do Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior, que contém as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina.¹

Sabe-se, que a responsabilidade pela ordem da formação profissional da saúde é atribuída ao SUS, através da Constituição Federal de 1988. Entretanto, a ineficiente interação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, no que diz respeito a formação dos profissionais de saúde, distanciam as realidades acadêmica da saúde. E assim, as Instituições de Ensino Superior (IES) acabam formando “produtos” inadequados para a demanda de saúde da população.²

Para os Ministérios da Saúde e da Educação, o país enfrenta uma precária *disponibilidade de profissionais gerais, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde.*²

Contudo, a partir desta Resolução, foi definido o perfil do egresso/profissional necessário para viabilizar a articulação entre o sistema de saúde e a realidade pública:

[...] O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.¹

Sob esta perspectiva, é importante ressaltar que o conceito de humanismo permeia diversos significados entre o conceito de Homem e o de Humanidades. Por sua vez, pode ser entendido como a capacidade de refletir sobre as diferenças humanas, incluindo valores e crenças. Assim, Rich (1976, p. 236) refere-se “[...] uma das tarefas da educação humanística é proporcionar as aptidões reflexivas que permitem que o indivíduo obtenha o material básico necessário para uma compreensão inicial, enquanto cultivando, também, uma abertura de espírito que seja receptiva a diferenças humanas sem preconceber e estereotipar.”³

É importante ressaltar, que o Brasil, é um país com muitas diversidades geográficas, socioeconômica, culturalmente, entre outros. Há uma miscigenação de fatores importantes a serem considerados, especialmente quando se trata sob uma perspectiva nacional e importante, como as questões de saúde.

Tendo em vista que é necessário tomar providências cabíveis e efetivas para as melhorias na formação profissional, e o MS e MEC responsabilizam as IES para a tomada destas providências, tornando-as as protagonistas desta reforma curricular.² Há a necessidade de compreender os aspectos para melhorias no atendimento integral e obter informações mais abrangentes sobre a formação dos profissionais Médicos, assim, o presente estudo se concentra na descrição e análise da oferta de disciplinas humanistas nos cursos de graduação em Medicina do Brasil.

MÉTODO

O presente estudo teve como proposta realizar uma pesquisa analítico-descritiva, com base documental e abordagem quali-quantitativa.

A amostra desta pesquisa foi composta por disciplinas de Ciências Humanas e Ciências Médicas pertencentes às matrizes curriculares dos cursos de graduação em Medicina pesquisados através de informações divulgadas na Internet e documentos disponibilizados pela Instituição de Ensino Superior (IES).

Foram utilizados critério de inclusão como: IES que tivesse curso de graduação em Medicina que pertencesse entre os 26 Estados do Brasil; que fossem credenciadas e constassem no cadastro do site do MEC; cursos de modalidade apenas presencial; matrizes curriculares atuais, em execução, antigas ou novas na IES; disciplinas que fossem consideradas das ciências humanas, e ciências da saúde (conhecimento específico), mas que contemplassem ou sugerissem conteúdo/objetivo humanístico; ementas e conteúdos programáticos com conteúdo humanístico, conforme este estudo propõe; e de exclusão cursos de modalidade parcial ou integral de Ensino a Distância; matrizes curriculares em extinção ou já extintas, mesmo que ainda publicadas no site da IES.

Na busca, as variáveis consideradas foram: Curso de graduação em medicina; Natureza Jurídica (Pública ou Privada); Disciplinas de ciências humanas; Disciplinas de Ciências Médicas que sugerissem conteúdo humanista; Ementa; Conteúdo programático; Carga teórica; Modalidade (obrigatória ou não obrigatória); Local (Cidade, Estado e Região); PIB Estadual; Taxa populacional do Estado; Taxa de mortalidade infantil Estadual.

A coleta de dados foi realizada em etapas. Na etapa I, foi realizada um levantamento para a coleta de informações de identificação das IES credenciadas no MEC e ativas, e informações de cadastro de cada instituição de ensino. Todos estes dados foram tabelados. Na etapa II foi realizada a análise das informações disponíveis nos sites de cada IES. Nesta etapa eram levantados dados como matrizes curriculares, ementas e conteúdos programáticos. Na etapa III foram analisadas todas as matrizes curriculares, ementas e conteúdos programáticos levantados na etapa II. Etapa IV foi realizada a análise estatística sobre o banco de dados contendo todas as informações coletadas. Inicialmente, selecionou-se disciplinas que continham palavras-chave previamente definidas a partir de leituras e estudos prévios sobre o tema. Entre estas palavras-chaves cita-se *Educação em Saúde, Educação e Saúde, Educação para Saúde, Comunicação, Relação Médico-Paciente, Relação Profissional-Paciente, Didática em Saúde, Promoção da Saúde, Formação e Educação em Saúde, Coletiva, Saúde Coletiva, Atenção Básica, Família, Comunidade, Capacitação, Prevenção, Informação e Educação*, entre outras. Posteriormente, analisou-se cada disciplina baseando-se em conceitos a cerca de formação humanista. Ressalta-se então, a formação humanista como a integralização de temas que promova o desenvolvimento total do indivíduo, considerando mente, corpo e caráter, capacitando e preparando o futuro profissional.⁴

Análise Estatística

Os dados quantitativos foram descritos por média e desvio padrão. Na presença de assimetria foi utilizado mediana e amplitude interquartil (P25 a P75). Dados categóricos foram descritos por contagens e percentuais. A comparação de dados quantitativos foi realizada pelo teste *t* de *Student* ou por seu equivalente não paramétrico. Para dados categóricos foi utilizado o teste do Qui-quadrado. Correlação de Pearson ou Sperman foi utilizada para teste de correlação entre variáveis. O nível de significância adotado foi de

$\alpha=0,05$. A análise foi feita por *Statisc Package For Social Sciences* (SPSS, 2013) 20,0 para *Windows*.

Considerações Éticas

O presente estudo teve como proposta única a análise bibliográfica e documental por busca eletrônica no site de IES, garantindo o não envolvimento com seres humanos, individual ou coletivamente, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais. Por tratar-se de dados disponíveis na rede eletrônica, a dispensa de aprovação do Comitê de Ética foi considerada para execução do trabalho.

RESULTADOS

Participaram do estudo 127 IES das 178 registradas no MEC até a data de 06/08/2013, sendo que 2 IES não participaram da pesquisa, pois seus dados não foram informados (DNI) no *site* no período de coleta, as demais IES não contemplavam os critérios de inclusão. A distribuição das escolas por estado e região do país, estão apresentadas nas Tabela 1. Nesta tabela estão apresentados também dados que caracterizam o estado, como: taxa populacional, PIB, e taxa de mortalidade infantil. A análise de 7832 disciplinas mostrou que 22,8% (n=1788) eram disciplinas humanistas ou que sugeriam e/ou contemplavam conteúdos humanistas.

Ao identificar e quantificar a taxa de disciplinas humanistas pelas totais existentes nos cursos de Medicina de cada Estado do país, encontrou-se a proporção de 67,9% das disciplinas dos cursos do Rio Grande do Norte (n=129) humanistas, seguidas por 51,6% no Ceará (n=81), seguida de 32,4% em Rondônia (n=34), conforme apresentado na Figura 1. Quando relacionadas ao total de IES existentes em cada Estado, 43% encontram-se no Rio Grande do Norte, 27% no Ceará, e 21% no Estado do Piauí.

Quando subdividas pelas cinco regiões do país, as disciplinas humanistas distribuem-se de forma semelhante 27,86% no nordeste (n=358), 23,15% no sul (n=394), 22,26% no sudeste (n=882), diferente das regiões norte 17,85% (n= 96) e centro oeste com 17,37% (n=66).

Figura 1 – Distribuição e caracterização da amostra em estudo.

REGIAO	ESTADO	POPULAÇÃO	PIB	Taxa de Mortalidade Infantil	Faculdade de Medicina	Total de Disciplinas	Disciplinas Humanistas	Disciplinas Humanistas /Faculdade de Medicina	Disciplinas Humanistas / Total de Disciplinas
		(n milhões)	(%)	(n/1000)	(n)	(n)	(n)	(%)	(%)
NO	ACRE*	733.559	-	-	1	-	-	-	-
NO	AMAPÁ	669526	0,2	25,4	1	25	7	7	28,00
NO	AMAZONAS	3483985	1,6	20,6	2	141	12	6	8,50
NO	PARÁ	7581051	2,1	21,5	1	50	12	12	24,00
NO	RONDÔNIA	1562409	0,7	18,9	2	105	34	17	32,40
NO	RORAIMA*	450.479	0,2	-	1	-	-	-	-
NO	TOCANTINS	1383445	0,4	20,5	3	200	28	9,3	14,00
Subtotal NO	7	15.864.454		18,1	11	521	93		17,85
NE	ALAGOAS	3120494	0,7	18,6	1	50	9	9	18,00
NE	BAHIA	14016906	3,9	21	5	284	25	5	8,80
NE	CEARÁ	8452381	2,1	16,2	3	157	81	27	51,60
NE	MARANHÃO	6574789	1,3	21,9	2	113	32	16	28,30
NE	PARAÍBA	3766528	0,9	18,2	2	118	18	9	15,30
NE	PERNAMBUCO	8796448	2,5	17	3	170	28	9,3	16,50
NE	PIAUI	3118360	0,6	20,7	1	74	21	21	28,40
NE	RIO GRANDE DO NORTE	3168027	0,9	17,2	3	190	129	43	67,90
NE	SERGIPE	2068017	0,6	18,2	2	111	10	5	9,00
Subtotal NE	9	53081950		18,5	22	1267	353		27,86
CO	GOIÁS	6003788	2,7	15,9	3	167	43	14,3	25,70
CO	MATO GROSSO	3035122	1,7	19,6	2	117	9	4,5	7,70
CO	MATO GROSSO DO SUL	2449024	1,2	15,4	2	96	14	7	14,60
Subtotal CO	3	11487934		14,2	7	380	66		17,37
SE	ESPÍRITO SANTO	3514952	2,4	11,9	3	158	39	13	24,70
SE	MINAS GERAIS	19597330	9,3	16,2	17	1153	267	15,7	23,20

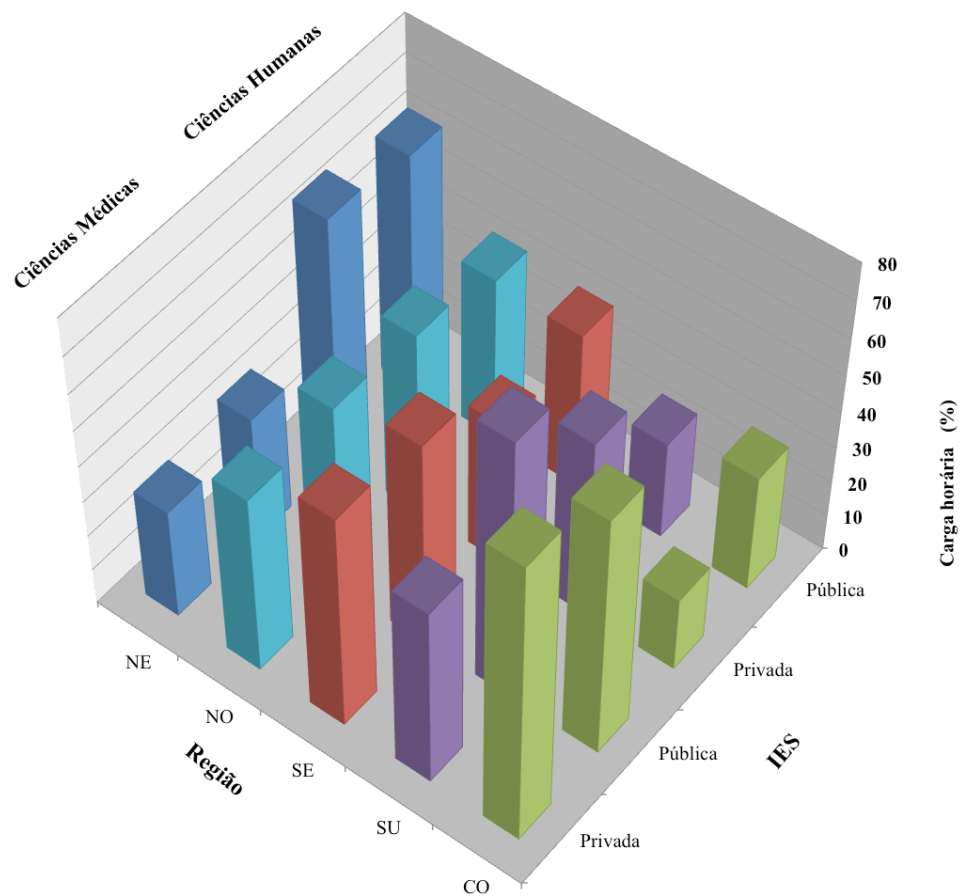
SE	RIO DE JANEIRO	15989929	11,2	14,3	12	685	170	14,2	24,80
SE	SÃO PAULO	41262199	32,6	12	28	1966	406	14,5	20,70
Subtotal SE	4	80364410	13,1	60	3962	882	22,26		
SU	PARANÁ	10444526	5,8	12	9	626	110	12,2	17,60
SU	RIO GRANDE DO SUL	10693929	6,4	11,3	11	597	140	12,7	23,50
SU	SANTA CATARINA	6248436	4,1	11,2	9	479	144	16	30,10
Subtotal SU	3	27386891	12,6	29	1702	394	23,15		
Total	26	188.185.639			129	7832	1788		73,27

* Estados referentes às 2 IES que não participaram da pesquisa por não terem dados suficientes para confirmar o teor humanista das disciplinas.

Também foram avaliadas disciplinas de Ciências Humanas e Ciências Médicas segundo IES privadas e públicas, as disciplinas de Ciências Humanas apresentaram-se em primeiro lugar na região nordeste (67,7%), seguido da região norte (50,3%), sul (49,9%), sudeste (39,8%) e centro oeste (20,7%). Complementarmente, as disciplinas humanistas desenvolvidas nas Ciências Médicas são trabalhadas em maior representatividade na região centro oeste (79,3%), seguidos pela região sudeste (60,1%), sul (50,1%) e norte (49,7%) e nordeste (30,6%).

Nas IES públicas, as disciplinas de Ciências Humanas mostraram-se estar mais presentes na região nordeste (64,8%), seguido das regiões norte (44,6%), sudeste (43,1%), centro oeste (32,4%) e sul (27,1%). Já nas Ciências Médicas, as disciplinas humanistas são trabalhadas mais na região sul (72,9%), respectivamente na região centro oeste (67,6%), sudeste (56,9%) norte (52,2%), nordeste (34,3%).

Quando a distribuição da carga horária é analisada conforme natureza da IES pública ou privada por região do país constata-se que a região SE apresenta mais diferença tanto nas CM quanto nas CH, sendo carga horária maior nas IES privadas (CM=79,3%). Diferente da região NE que tanto indiferente das natureza da IES apresentou maior distribuição de carga horária nas Ciências Humanas, (Privadas: 67,6% e Públicas: 64,8%).



	Pública	Privada	Pública	Privada
■ NE	64,8	67,7	34,3	30,6
■ NO	44,6	50,3	52,2	49,7
■ SE	43,1	39,8	56,9	60,1
■ SU	27,1	49,9	72,9	50,1
■ CO	32,4	20,7	67,6	79,3

Figura 2 - Distribuição da carga horária de disciplinas humanistas classificadas como Ciências Humanas e Médicas conforme natureza da IES pública ou privada, por região do país.

Com relação a carga horária designada para as disciplinas humanistas nos currículos de Medicina, na Figura 3, pode-se observar que as regiões apresentam diferente distribuição de carga horária para ciências humanas e ciências médicas, sendo as regiões CO, SU e SE com maior discrepância de distribuição. Nas regiões NO e NE a distribuição foi semelhante, mas mantendo a tendência ao predomínio de carga horária para as CM.

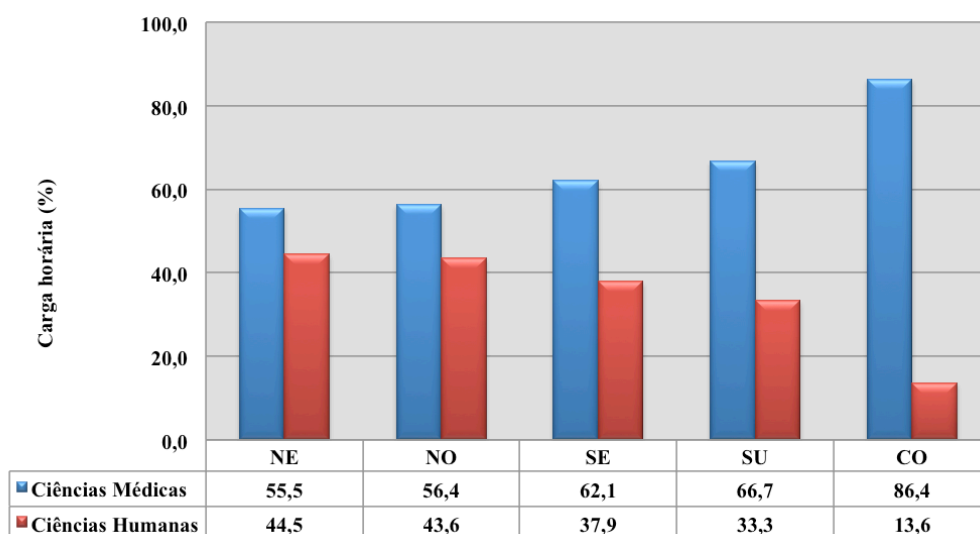
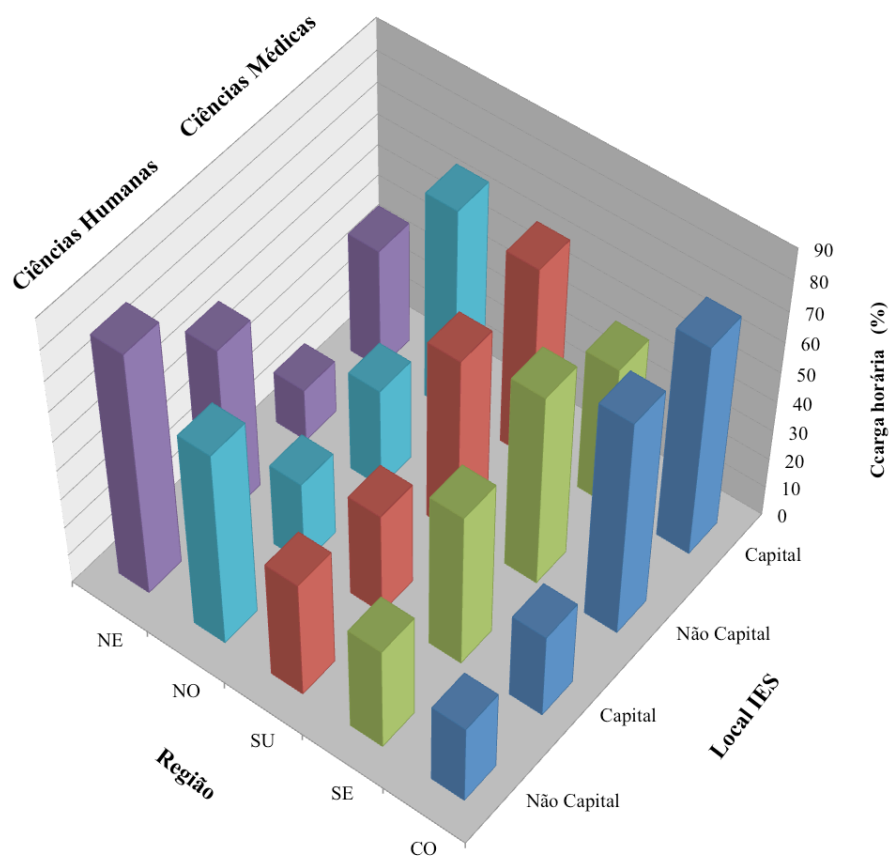


Figura 3 - Distribuição da carga horária de disciplinas classificadas como Ciências Humanas e Médicas conforme a localização de IES em cada região do país.

Quanto a localização das disciplinas humanistas em capitais e não capitais, identificou-se maior concentração na região nordeste com uma incidência de 82% em cidades não-capitais e 58% nas capitais. No norte do país, 69% em capitais e 66% em não-capitais, no sul 65% em capitais e 60% em não-capitais, no sudeste 52% em capitais e 65% em não capitais e, por fim, no centro oeste, 71% estão em capitais e 73% em não-capitais, conforme apresentado na Figura 4.



	Capital	Não Capital	Capital	Não Capital
■ NE	41	18	58	82
■ NO	69	34	28	66
■ SU	65	60	35	40
■ SE	48	65	52	35
■ CO	71	73	29	27

Figura 4 - Distribuição da carga horária de disciplinas humanistas classificadas como Ciências Humanas e Médicas conforme localização em cidades capitais e não-capitais e região do país.

Conforme Figura 5, a taxa de mortalidade infantil correlacionou-se negativamente com as Faculdades de Medicina que possuem disciplinas humanistas existentes em cada região do país ($r=-0,414$; $p<0,01$).

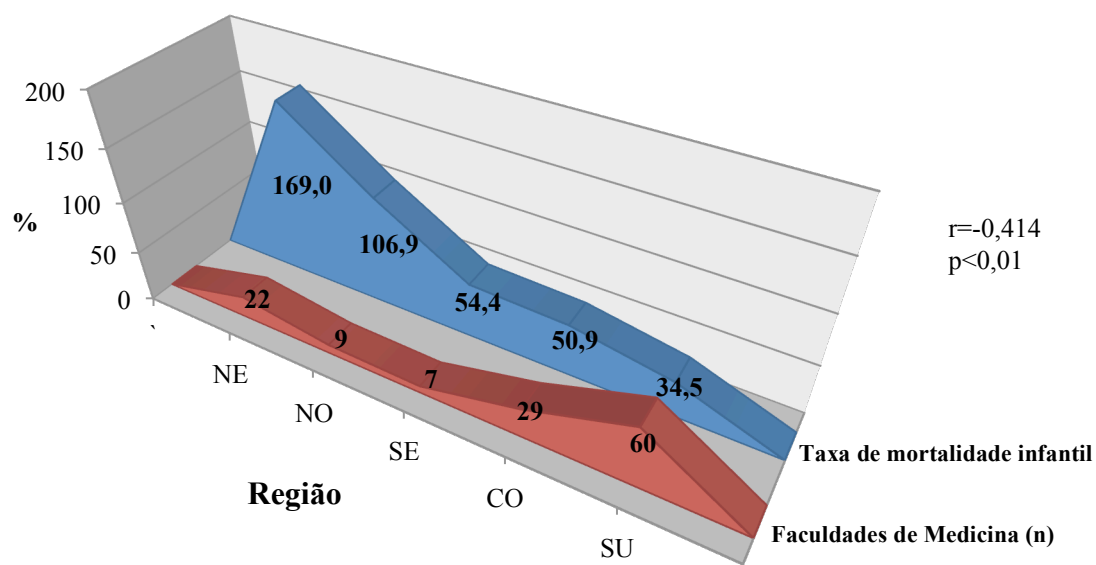


Figura 5 - Correlação entre a taxa de mortalidade infantil e as Faculdades de Medicina que possuem formação humanista.

As disciplinas classificadas como humanistas e a taxa de mortalidade infantil, como indicador de saúde e bem estar social, obtiveram um $r = 0,933$ ($p < 0,001$), sendo expressiva a correlação entres estes fatores, conforme apresentado na Figura 5.

DISCUSSÃO

No Brasil atualmente, há diversos fatores interferentes, diretos e indiretos, na saúde da população. A diversidade geográfica, socioeconômica, cultura, climática, étnica fazem do panorama brasileiro um cenário complexo para a tomada de ações resolutas. É importante ressaltar que, esta diversidade exige ações dinâmicas para que se possam alcançar a todas efetivamente.

Aspectos essenciais para a saúde da população, fazem-se necessárias ações no que diz respeito, por exemplo, a saneamento básico, informações e acesso aos serviços de saúde, condições estruturais dos locais de atendimento, qualificação profissional, ações efetivas de prevenção, vacinação e alcance das campanhas e cuidados nutricionais.⁵

O crescente movimento tecnológico e a busca para compreender os fatores determinantes do processo saúde-doença promovem novos questionamentos e inerentes mudanças. A abordagem dos problemas de saúde da população, as soluções e estratégias aderidas em sua maioria são demasiadamente técnicas, o que torna-os insuficientes mediante ao entendimento de que o paciente é um ser indissociável, que requer mais que as técnicas modernas, e sim habilidades que considerem a integralidade desse indivíduo em seu meio.⁶

Com o objetivo de promover transformação nas políticas e ações efetivas, a Organização Mundial da Saúde demonstra a importância e dever de enfrentar os fatores interferentes da saúde pública de um país. No “Manifesto da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS”, ressalta-se que “[...], as profundas iniquidades, quer seja entre populações de países distintos, quer seja de um mesmo país, estão determinando socialmente a situação sanitária da população. Derivam das condições e circunstâncias em que as pessoas vivem e trabalham. Temos os conhecimentos e meios necessários para enfrentar essas iniquidades, e a obrigação moral e social de fazê-lo (...)”.⁷

O cumprimento destes deveres por sua vez, dependem de uma complexidade de ações, requerendo alta capacidade de resolução e sensibilidade para diagnosticar a demanda e fazer os encaminhamentos necessários aos pertinentes setores de saúde. Para esta resolução não basta ações debruçadas em estratégias somente técnicas, e sim em estratégias que alcancem efetiva transformação, considerando as necessidades individuais e coletivas, preventivas e curativas, assistências e educativas.⁵

Para isto, é necessário que os médicos, estejam preparados e aptos a desempenhar todas as habilidades exigidas no atendimento integral, desde as competências técnicas bem como interpessoais. O perfil do profissional que se forma em medicina deve atender as necessidades da sociedade e do SUS, e para isto, as IES devem estar adequadas para esta abordagem e promover atividades que preparem bem os futuros médicos.⁶

Nas duas últimas décadas, a necessidade de mudanças na educação médica vem crescendo e tornando-se cada vez mais presente nos debates da profissão. Órgãos importantes do país como Ministério da Saúde (MS), Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), têm dedicado esforços para avaliar continuamente, reorganizar estratégias e aproximar o perfil dos médicos das necessidades de saúde e princípios de humanização e integralidade do SUS.^{8,9}

Iniciativas que promovam mudanças na educação médica têm sido promovidas desde 2001 pelo Ministério da Educação e da Saúde, como as novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área de Saúde¹⁰; o PROMED (Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina), que foi um significativo programa de promoção de mudanças curriculares^{11,2}; programa de aproximação acadêmica do SUS (VER-SUS); Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)¹², entre outros. Com estes movimentos, é possível notar a importância e necessidade de novas

medidas que precisavam ser tomadas, bem como estes indicam a necessidade de mudanças na educação médica para suprir a demanda do sistema de saúde. Ainda que os resultados não tenham sido conquistados em sua plenitude e a velocidade das mudanças não acompanhem as necessidades de saúde pública, as iniciativas foram e são importantes para que novas ações sejam promovidas.

Os conceitos de saúde e necessidades de um país diferem muito entre si, e refletem suas prioridades e especialmente o entendimento dos fatores interferentes no processo saúde-doença. A reflexão a cerca dos conceitos e princípios da profissão, bem como o papel do médico na sociedade e a reavaliação de suas competências se faz necessário. Para quaisquer necessidade a lidar, como, neste caso, a dualidade da formação tecnicistas e a formação integral/humanista do médico, é necessário que o profissional esteja apto e instrumentalizado para enfrentar as dificuldades do sistema, bem como diminuir os índices que acometem a saúde pública¹³. Sob esta perspectiva, as mudanças curriculares enfrentam resistência e diminui, assim, a velocidade para o amadurecimento destas e outras questões.

No Brasil, há uma diversidade considerável entre as regiões, tornando a desigualdade um aspecto interferente e necessário a ser considerado. As condições socioeconômicas e o desenvolvimento de cada Estado e região do Brasil norteiam e alteram a construção do SUS⁷. Estas desigualdades influenciam inevitavelmente em todas as esferas de debate a cerca do SUS, o que torna mais complexo o processo de mudanças no sistema assistencial.

De acordo com Oliveira (2007), quando analisadas as desigualdades no país, o diagnóstico se dá, resumidamente, em quatro pontos:

5. Padrão Macrorregional: Regiões Norte e Nordeste, e norte MG, com problemática similar, enquanto o Centro-Oeste apresenta-se mais próximo do Sul e Sudeste;
6. Existência de regiões menos dinâmicas e com precárias condições sociais em todas as Macrorregiões;
7. Dentre vários desafios, dois podem ser apontados como especiais: a Amazônia Legal e o Semi-Árido;
8. Ainda se dá pouca importância à valorização da diversidade sub-regional⁷.

Contudo, considerando as desigualdades e dificuldades de implementar as mudanças considerando as diversidades regionais, as iniciativas até então promovidas não foram suficientes para transformar os conceitos, ações e perfil dos profissionais, em especial no âmbito da formação médica. Apesar da promoção de programas oportunos, como o PROMED e Pró-Saúde, é necessário novos estudos para conhecer melhor a formação ofertada, os efeitos dela sob a população e novas discussões para encontrar estratégias que promovam profundas e efetivas mudanças nos pontos principais de deficiências no sistema de saúde voltadas as necessidades da população⁶.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES No 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília: 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: agosto 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Promed: programa de incentivo às mudanças curriculares para as escolas médicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Rich JM. Bases humanísticas da educação. Rio de Janeiro: Zahar; 1976.
4. Ristow AM. A Formação Humanística do Médico na Sociedade do Século XXI: uma análise curricular [Dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2007.
5. Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM. Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. Saúde em Debate. São Paulo: Hucitec; 1996.
6. Oliveira NA, Meirelles RM, Cury GC, Alves LA. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um debate crucial no contexto do promed. Revista Brasileira de Educação Médica. 2008; 32 (3): 333–46.
7. Organização Pan-Americana de Saúde. Apresentações sobre temas relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde. Acesso em 01/03/2012 e disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=15>>.
8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
9. Paim JS. Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1994.
10. Almeida M, organizadores. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.
11. Feuerwerker LCM, Llanos M. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editoria; Londrina: Editora Uel; 1999.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Pró-Saúde-Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. [on- line] Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: setembro 2013.
13. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. História, Ciências, Saúde. 2001; 8(1): 49-70.