

Neide Teresinha da Silva Mota Kertzman

**O ENSINO DE HUMANIDADES NA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA
SANTA CASA DE SÃO PAULO**

“Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva”.

**SÃO PAULO
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Neide Teresinha da Silva Mota Kertzman

**O ENSINO DE HUMANIDADES NA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA
SANTA CASA DE SÃO PAULO**

“Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva”.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro

**SÃO PAULO
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Kertzman, Neide Teresinha da Silva Mota

O ensino de humanidades na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo./ Neide Teresinha da Silva Mota Kertzman. São Paulo, 2008.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro

1. Educação médica 2. Humanidades 3. Escolas médicas 4. Humanismo 5. Avaliação educacional 6. Currículo

BC-FCMSCSP/52-08

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro, com quem dividi todas as etapas da realização deste trabalho, pela dedicação, tranqüilidade e momentos agradáveis de discussões teóricas.

Aos professores que participaram da qualificação do meu projeto de pesquisa: Prof. Dra. Sylvia Helena Batista, Prof. Dr. José Álvaro Marcolino (*in memoriam*), Prof. Dr. Cássio Silveira e Prof. Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia, por me ajudarem a delimitar meu objeto de estudo e pelas sugestões oferecidas.

À Prof. Dra. Rita de Cássia Barradas Barata, pelas aulas inesquecíveis e pela ajuda dedicada a todos nós, alunos, durante todo o período do mestrado.

Aos professores e funcionários do Departamento de Medicina Social.

À Faculdade de Ciências Médicas e à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Ao Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG), que possibilitou minha participação no mestrado através de apoio financeiro.

A todos meus colegas do mestrado pelos momentos de amizade, de estudo e de ajuda solidária ao longo desses dois anos.

Ao Daniel, secretário da pós-graduação, pela simpatia e pelo apoio técnico e pessoal.

Às minhas amigas Eliana Goldman Fares e Ana Maria Trufelli, que apoiaram a minha participação no mestrado, estimulando meus estudos, ouvindo minhas dúvidas, oferecendo conselhos e dedicando tempo e trabalho para cobertura das minhas ausências no serviço.

Ao Paulo, à Gabi e à Mari, por infinitos motivos.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
1. INTRODUÇÃO.....	4
1.1 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	5
1.2 ENSINO DE MEDICINA.....	9
1.3 DISCIPLINAS DE HUMANIDADES	13
1.4 FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO.....	16
2. OBJETIVOS.....	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3. METODOLOGIA.....	21
3.1 UNIVERSO DO ESTUDO.....	21
3.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	21
3.2.1 Conteúdo.....	22
3.2.2 Método de ensino.....	22
3.2.3 Objetivos.....	23
3.2.4 Critérios de avaliação.....	23
3.3 QUESTÕES ÉTICAS.....	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
4.1 ARTIGO.....	27
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
6. ANEXO I.....	50
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

FONTES CONSULTADAS.....	59
RESUMO.....	61
ABSTRACT.....	62

APRESENTAÇÃO

Como médica formada há 20 anos na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), retornei a esta escola na condição de aluna de pós-graduação na área de Saúde Coletiva, embora minha especialização e prática, na maior parte da minha trajetória profissional, tenham sido em pediatria. Meu interesse por Saúde Coletiva nasceu no período em que trabalhei como médica de família do programa Qualis II, em uma unidade de saúde na zona norte de São Paulo. Pela primeira vez, após minha formação, tive a oportunidade de atender pacientes agendados e abordar as questões de saúde de maneira bem diferente do que havia experimentado até então. Parte da assistência era realizada de forma quase tradicional, em consultas individuais, com a diferença de que eu conhecia as famílias dos pacientes e, na maioria dos casos, seus contextos de vida social, profissional, e até mesmo afetivos.

A quantidade de famílias atendidas era muito grande e aumentou durante o período em que trabalhei lá. A estratégia para diminuir o número de pessoas sem atendimento às suas necessidades era trabalhar em equipe, dividindo responsabilidades e criatividade, atender grupos e investir em educação da população, através da ação dos agentes de saúde com quem mantinha relacionamentos muito estreitos. Muitas vezes me deparei, indignada, com situações em que alcançava algum sucesso por meio de ações não relacionadas à minha formação profissional: solicitação de ajuda a órgãos da prefeitura para melhorias em condições de saneamento de algumas moradias e ruas; organização de grupos para impedir destinação inadequada de lixo; motivação das pessoas para participar de ações como combate a criadores domiciliares dos mosquitos da dengue. Estas, entre outras tantas atividades, eram desenvolvidas sempre em equipe, exigiam tempo e envolvimento e, ao final, podíamos observar bons resultados em alguns casos, mesmo não tendo sido preenchido nenhum receituário médico.

A importância da atenção à saúde de maneira integral, considerando os aspectos da vida das pessoas que podem determinar alterações em sua qualidade de vida, impôs-se para mim nesse período, somente após 12 anos de formada. Por que eu não havia despertado para esse aspecto antes, sendo uma médica envolvida com a minha profissão, formada em uma escola tradicional, disputada e famosa, e tendo trabalhado sempre em serviços públicos, próxima das necessidades da maior parte da população brasileira? Embora dotada de cunho pessoal, essa questão pode ter respostas e desdobramentos mais abrangentes.

Apesar de envolvida e motivada à prática de medicina, minhas aptidões, talvez, fossem mais favoráveis à prática médica especializada. Não posso, contudo, deixar de

reconhecer a influência que a minha formação médica, em especial a residência em pediatria que fiz no Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, teve nas minhas escolhas de emprego. Durante a residência, aprendi de maneira inquestionável a praticar pediatria hospitalar, tanto pediatria geral, quanto neonatologia e cuidados intensivos. O estágio de ambulatório e o centro de saúde ocuparam, em termos de carga horária, grande parte da residência, porém, dávamos para essas atividades um valor bem menor. Estudávamos com mais afinco para os estágios em berçário ou em UTI. Ansiávamos mais pelos procedimentos invasivos, e esse comportamento era reforçado pelos nossos professores. Apesar das brilhantes discussões de casos no ambulatório geral de pediatria, era o plantão no pronto-socorro que nos dava a impressão de estar, de fato, aprendendo pediatria.

Se, por um lado, essa alteração de comportamento profissional, após 12 anos de formada, me faz refletir sobre como acúmulo de experiências, a famosa maturidade, concorreu para que meus horizontes se abrissem para práticas médicas menos glamourosas, mas não menos eficientes, por outro me alerta para a percepção de que a satisfação profissional com atividades da atenção primária pode ser despertada muito antes, através do próprio processo de ensino-aprendizagem na graduação e na residência.

Embora não atue mais como médica de família, muitos dos ensinamentos que adquiri nesse período ainda são aplicados em minhas atividades profissionais. Praticar medicina “olhando” para o todo é mais prazeroso tanto para o médico quanto para o paciente, além de ser extremamente mais eficiente. Saber sobre as condições familiares, econômicas, afetivas e sociais das crianças e famílias que atendo me ajuda a enxergar de modo mais amplo o entorno das necessidades referidas. E, mais que isso, ouvir sobre esses aspectos leva a um relacionamento mais amigável e mais confiável.

Enfim, toda essa aprendizagem me conduziu à Saúde Coletiva. Desde que interrompi minhas atividades como médica de família, há 6 anos, tenho buscado estudar os aspectos sociais que interferem com a saúde, a saúde mental e suas relações com família e sociedade e a relação médico-paciente. Em 2005 fiz uma especialização em Administração Hospitalar e escolhi o tema Relação Médico-Paciente para a monografia de conclusão de curso. Nessa ocasião tive oportunidade de estudar vários autores e de ler, mais de uma vez, o livro *O médico, seu paciente e a doença*, de M. Balint, e me convenci que, de fato, examinar, pedir exames subsidiários e prescrever medicamentos é a menor parte das atividades do médico. A atenção à saúde de maneira integral é mais complexa do que um procedimento de medicina intensiva. Todas as ações têm sua importância, e sua efetividade depende das necessidades em cada situação.

Ao ingressar no mestrado, pretendia dar seqüência ao estudo sobre a relação médico-paciente, mas a oportunidade de focalizar a questão do ensino na formação humanística dos alunos se revelou absolutamente relevante aos meus interesses prévios. Por esse motivo, voltei à FCMSCSP, como aluna novamente, após muitos anos de experiências e com muita curiosidade a respeito de temas diretamente relacionados à maneira como se pratica medicina atualmente. Meu objeto de estudo tem ligação íntima com minha história de vida, e, embora a fração pesquisada seja muito pequena, espero poder contribuir para a melhoria das condições de ensino nessa escola que me possibilitou ser médica.

1. INTRODUÇÃO

A prática médica e o ensino de medicina são predominantemente centrados na doença, na medicalização, no uso de aparatos tecnológicos complexos e na visão compartimentalizada do ser humano ^{1,2}. Esse modelo atual, conhecido por modelo biomédico, tem sido questionado de forma progressiva, pela sociedade e por instituições ligadas ao ensino e à assistência médica, por não abranger o ser humano em suas particularidades, relacionadas ao seu contexto social, profissional, cultural, religioso, familiar etc. ³. As críticas e as propostas de mudanças do ensino e das práticas de atenção à saúde têm sua origem na evolução do pensamento científico e nas mudanças sociais e políticas determinadas historicamente ^{1,4,5}.

No Brasil e na América Latina as mudanças sofridas ao longo dos anos nos setores de educação e saúde se relacionam à transformação histórica no processo de produção econômica e à influência dos países detentores do poder econômico ^{2,4}. As relações comerciais com os Estados Unidos, em especial, foram determinantes sobre os aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais dos países da América Latina, sobretudo a partir do século XIX.

A possibilidade de lucro com o setor saúde estabeleceu a base para o desenvolvimento do complexo médico-industrial, nos Estados Unidos. A prática médica passou a criar vínculos com a estrutura econômica, inicialmente como consumidora de produtos industriais e, posteriormente, como um setor de realização de lucro através da comercialização de mercadorias como o medicamento e os procedimentos médicos. A assistência à saúde, desvinculada do lucro e baseada na dedicação médica descompromissada de ganhos materiais, foi substituída, progressivamente, pela prática comercial da medicina, sem que uma melhora da qualidade nos atendimentos acompanhasse essas mudanças, de maneira proporcional ^{4,5}.

Para melhor compreensão do processo de supervalorização da tecnologia e afastamento do ensino e da prática médica dos aspectos subjetivos integrantes das vidas das pessoas podemos recorrer à história e observar que essa tendência se deu em muitos campos do conhecimento.

O fim do caráter aristocrático da cultura tem como marco a influência da crítica racional e do positivismo, no século XVIII. A difusão do conhecimento passou a ser um ideal e a cultura deixou de ser considerada patrimônio privilegiado de poucos para tornar-se instrumento de renovação da vida social e individual. Esse ideal de universalidade da cultura permaneceu até os nossos dias, sendo um aspecto essencial das sociedades ^{6,7}.

O domínio da cultura alargou-se: as novas disciplinas científicas formadas, que adquiriram autonomia, se tornaram elementos constitutivos do ideal de cultura e, portanto, indispensáveis para a formação de uma vida humana equilibrada e rica. Ser culto era mais que dominar as artes liberais da tradição clássica; era conhecer matemática, física, ciências naturais, história e línguas ^{6,7}.

Mas, no início do século XX, a multiplicação e a especificação dos campos de pesquisa e de suas respectivas disciplinas ampliaram-se até assumir proporções gigantescas. Paralelamente, a crescente industrialização tornou imprescindível a formação de competências específicas, apenas possíveis através de treinamento especializado, que acabava por confinar o indivíduo num campo extremamente restrito de atividade e estudo. A sociedade passou a exigir mais o desempenho individual do que a posse de uma cultura geral e desinteressada.

O rápido desenvolvimento tecnológico, que acompanhou tal processo, fez com que os aspectos objetivos da prática médica fossem mais valorizados. Essa valorização se deu em detrimento da visão do ser humano como um todo, único e complexo, vivendo em meio a um ambiente próprio dotado de características sociais, familiares, culturais, históricas, econômicas e religiosas singulares. A prática médica passou a se ocupar, fundamentalmente, da doença; seu objetivo passou, então, a ser o tratamento medicamentoso/curativo das doenças; seu local privilegiado de ação, o hospital. Os sintomas referidos eram classificados de acordo com as doenças previamente conhecidas e, assim, os aspectos vagos, subjetivos ou complexos, passaram a ser rejeitados, desprezados, mal abordados ou mal interpretados pelos médicos ^{8,9}.

Todo esse quadro constitui a base da “desumanização” da prática médica que passou a fundamentar a relação médico-paciente na ênfase aos dados objetivos e também na valorização de exames subsidiários para o diagnóstico das doenças. A transformação da prática médica, anteriormente exercitada com a escuta cuidadosa de uma ampla variedade de sintomas e o exame físico detalhado para possibilitar diagnósticos em tempos de pouco auxílio tecnológico, se expandiu e se estabeleceu de maneira hegemônica por toda a região ocidental do planeta ⁸.

1.1 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Minayo (2006), após uma breve revisão histórica das origens do humanismo, salienta o afastamento da prática humanista relacionada à radicalização de conceitos iluministas e ao absolutismo da ciência e da técnica, com menosprezo da subjetividade e das emoções. A

autora utiliza como referência as três dimensões da medicina, estabelecidas por Boltanski (*As classes sociais e o corpo*, 1979): cuidado desinteressado ao enfermo (dimensão humanitária); pesquisa científica (dimensão do saber); negócio (dimensão mercantilista). As sociedades capitalistas contemporâneas dão ênfase para os dois últimos elementos do tripé, em detrimento do primeiro. O desafio para o século XXI seria, justamente, alcançar um equilíbrio solidário entre ser humano e natureza, a harmonia entre razão e sentimentos ⁶.

Segundo Deslandes (2006), a humanização da prática profissional constitui um conjunto de ações que proporcionam assistência à saúde de maneira a respeitar as singularidades individuais e o contexto de vida das pessoas e dos grupos sociais favorecendo, também, melhor acesso aos serviços e melhora da qualidade de atendimento ¹⁰.

Esta mesma autora ressalta a contribuição da sociologia médica na saúde e cita Jan Howard (1975) que definiu onze práticas produtoras de desumanização e oito humanizadoras. As seguintes práticas desumanizadoras são citadas: tratar pessoas como coisas; desumanização pela tecnologia; desumanização pela experimentação (pesquisa); ver a “pessoa como problema”; tratar alguns como “pessoas de menor valor”; “pessoas isoladas” – alienação dos pacientes; tornar pessoas meros “recipientes de cuidados subpadronizados”; considerar “pessoas sem escolha”; neutralidade e objetividade biomédica; colocar pessoas em ambientes estáticos e estéreis; negar a responsabilidade profissional na preservação da vida.

As práticas humanizadoras estariam, por sua vez, incluídas em três dimensões:

- 1- Dimensão ideológica – intrínseco valor da vida humana; o caráter insubstituível de cada ser humano; pessoas consideradas em sua integralidade;
- 2- Estrutura das interações paciente-cuidador – liberdade de ação dos profissionais; status de igualdade; compartilhamento na tomada de decisões;
- 3- Dimensão psicológica – empatia; afeto.

Caprara e Franco (2006) destacam, todavia, que qualquer projeto de humanização dos cuidados em saúde deve estar vinculado a mudanças na estrutura de formação dos profissionais, além de mudanças nos aspectos gerenciais e organizacionais dos serviços de saúde ¹¹.

Segundo Milnitsky-Sapiro (2005) a conduta moral e a competência ética são conseqüências do desenvolvimento da capacidade dos sujeitos de adotar a perspectiva do outro e do raciocínio hipotético dedutivo que se constitui na reflexão sobre intenções e conseqüências das ações ¹². As diferenças de desenvolvimento sócio-moral que existem entre os indivíduos são temas abordados por autores como Jean Piaget (1932), Laurence Kohlberg (1969) e Elliot Turiel (1983). Alguns trabalhos realizados com estudantes de medicina se

aproximam dessa temática e utilizam técnicas para avaliar a sensibilidade moral e o bom senso ético. Em geral, aplicam-se questionários para determinar o grau de reconhecimento de problemas morais em casos descritos e proposição de dilemas éticos nos quais o sujeito deve tomar uma decisão de acordo com seus preceitos pessoais^{13,14,15}. Algumas dessas pesquisas focalizam a evolução dos alunos no decorrer da graduação, em relação à sua capacidade crítica.

As competências esperadas no médico formado e que devem ser ensinadas, mostradas e estimuladas aos alunos de medicina ao longo do curso de graduação são discutidas por vários autores dedicados ao estudo de qualidade da assistência médica e da educação médica.

Cabe destacar que competências podem ser entendidas como a combinação de atributos dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo que incluem o saber, as habilidades e as atitudes relacionadas a uma tarefa específica. Um conjunto de competências delimita uma profissão na medida em que abarca o campo de atuação de uma determinada atividade produtiva¹⁶.

No campo da medicina, podemos considerar que as competências desejadas no médico formado variam de acordo com os sujeitos envolvidos na prática médica, sejam pacientes, grupos sociais, governantes, gestores dos serviços de saúde ou profissionais da saúde, incluindo aí os próprios médicos.

As diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina, de 2001, definem, sob o título de perfil, as competências desejadas determinadas pelo Ministério da Educação do ponto de vista do sistema de saúde brasileiro e das necessidades sociais da população.

Arnold (2002) faz uma revisão da literatura dos últimos 30 anos em busca de pesquisas relacionadas à conduta ou ao comportamento profissional médico, por ela nomeado de profissionalismo. Discute, portanto, o conceito de profissionalismo em relação ao seu significado no passado, nos dias atuais, e suas implicações para o futuro¹⁷.

No passado, o termo profissão se edificou como a junção da vocação com a posse de conhecimentos e habilidades técnicas específicas colocadas em benefício do outro. A profissão, sendo uma atividade complexa e especializada, detinha autonomia e auto-regulação determinadas por um contrato social. Há 30 anos não havia ainda uma preocupação formal com o comportamento profissional que era tratado como uma característica não cognitiva dos profissionais.

Foi no início da década de 1980 que a American Board of Internal Medicine (ABIM) iniciou seu projeto de humanismo definido, então, como respeito, compaixão e integridade. Mais tarde, no final da década de 1990, a ABIM juntamente com a European Federation of

Internal Medicine, a American College of Physicians e a American Society of Internal Medicine divulgaram o documento “Medical Professionalism Project” com o intuito de redefinir o profissionalismo médico como um compromisso da medicina com a sociedade. Esse compromisso se fundou em três eixos principais: colocar os interesses dos pacientes em primeiro lugar; buscar alta competência e integridade; fornecer conselhos tecnicamente adequados à sociedade ⁸.

Mas, retomando Arnold, nos dias atuais muitos são os adjetivos relacionados a profissionalismo médico, que variam de acordo com as instituições de ensino ou de atenção à saúde. Dentre eles, são encontrados de forma comum: responsabilidade, honestidade, integridade, compaixão, respeito, capacidade crítica, altruísmo, boa comunicação, honra, confiança, empatia, dever, zelo, senso de justiça, excelência etc.

Quanto às implicações para o futuro, a autora, baseada na literatura revisada, considera que há necessidade de reavaliação constante das definições para assegurar que o conceito se aproxime das necessidades de saúde da população.

Arcoverde (2004) estudou, por sua vez, a evolução dos alunos da graduação de uma escola de medicina sob a perspectiva de suas representações sociais a respeito das relações com seus pares, professores e outros profissionais da saúde com quem interagem, ao longo dos seis anos de graduação ¹⁸. Para realizar a pesquisa, solicitou aos alunos que escrevessem cinco palavras, frases ou expressões que associassem a “uma boa formação médica”. Em seguida, em folha separada, deveriam escolher, entre as cinco, a que considerassem mais importante e justificassem por escrito. A partir da análise de conteúdo das respostas, segundo modelo proposto por Bardin (1988), dividiu as respostas em quatro grupos:

1. categoria esforço pessoal: palavras ou expressões relacionadas a características próprias do aluno, ligadas ao esforço para alcançar o objetivo de ser médico, mas sem preocupação com o próximo (ex: dedicação, esforço, empenho, interesse, doação e perseverança);
2. categoria humanista-altruísta: atributos próprios dos alunos que demonstram preocupação com o próximo, valorização do paciente como ser humano e valorização da profissão médica como altruísta (ex: humano, amor/amar, ajudar, paixão, humanismo e humanidade);
3. categoria teórico-cognitiva: atributos associados ao conhecimento necessário para o exercício da profissão médica (ex: conhecimento, saber, competência, qualidade, atualização permanente, capacidade, raciocínio, ter conhecimento técnico, segurança no que faz, ter bom senso);

4. categoria elementos operacionais técnicos: palavras relacionadas a elementos externos aos alunos (ex: estrutura da universidade, hospital universitário, laboratórios, técnica, qualidade de ensino e pesquisa).

Nota-se que as categorias relacionadas com elementos próprios dos sujeitos (teórico-cognitiva, esforço pessoal e humanista-altruísta) coincidem com os atributos utilizados por Lampert (2002) para definir o perfil do médico a ser formado pelas escolas médicas a partir das novas tendências da educação médica ⁵.

Para que as competências esperadas sejam alcançadas durante o processo de formação dos médicos as escolas de medicina articulam objetivos, conteúdos, métodos de ensino e critérios de avaliação. No Brasil, o modelo predominante de ensino ainda é baseado nas influências exercidas pelo modelo americano do início do século XX.

1.2 ENSINO DE MEDICINA

Nos Estados Unidos e Canadá, em 1910, uma pesquisa solicitada por iniciativa da sociedade civil sobre a situação do ensino médico, conhecida por Relatório Flexner, desencadeou um grande movimento de reforma no ensino médico desses e de outros países. A proposta de Flexner baseava-se no esforço de oferecer aos alunos a melhor formação científica possível. O hospital passou a ser extremamente valorizado como palco do aprendizado e houve a tendência de se reduzir drasticamente o número de escolas médicas existentes na época, avaliadas como ineficientes ^{3,5,19}.

Apesar de ter focalizado a área da saúde, o Relatório Flexner trouxe, em suas recomendações, as bases da transformação de todo sistema universitário. Algumas das diretrizes presentes no relatório, que passou a amparar e orientar as transformações na formação médica e na atenção à saúde, eram:

- Ensino dividido em ciclo básico (aulas e laboratórios) e profissionalizante (hospital);
- Valorização do ensino de anatomia e anatomia patológica;
- Física e biologia como fundamentos para diagnósticos;
- Ensino por especialidades;
- Valorização do método científico.

No Brasil, a partir da Lei da Reforma Universitária de 1968 (Lei 5.540/68), as escolas médicas passaram a adotar oficialmente o modelo americano, sob forte influência positivista, com ênfase na investigação laboratorial e aplicado à atenção médica no hospital ²⁰.

As cátedras foram, então, substituídas por departamentos contendo disciplinas e o ensino passou a ser dividido em dois ciclos: básico e profissionalizante (ou clínico). As

disciplinas não interagiam entre si mesmo quando faziam parte de um mesmo departamento. Embora o Relatório Flexner também tenha exortado ao humanismo, a estrutura por ele preconizada, aliada ao contexto político e econômico da época, determinou, no ensino médico, o caráter positivista, individualista, biologicista, hospitalocêntrico e com ênfase nas especializações. Atividades consideradas não científicas, como, por exemplo, a homeopatia, foram negadas. O ensino de saúde mental, saúde pública e ciências sociais também passaram a ser desvalorizados em comparação às disciplinas consideradas científicas^{21,22}.

Na realidade, já se observavam influências do modelo flexneriano na educação médica no Brasil desde a década de 1950, quando ainda o modelo europeu predominava; porém, foi a partir do golpe militar de 1964 que ele se tornou hegemônico. Uma das conseqüências do golpe foi a Reforma Universitária de 1968 que resultou, entre outras coisas, na influência do governo militar nos conteúdos curriculares, atendendo a interesses capitalistas. Houve grande expansão do número de faculdades de medicina e a base do ensino médico centrou-se mais ainda no hospital²¹.

A universidade resultante da Reforma Flexner caracterizou-se pelo estímulo à pesquisa com a formação de centros de pesquisa autônomos dos departamentos, ocasionando flexibilidade e autonomia aos pesquisadores.

As escolas médicas brasileiras também se organizaram com a divisão dos campos de conhecimento em departamentos. No sistema departamental havia a separação entre gestão institucional e acadêmica: a primeira era realizada por gestores administrativos e a segunda pelos professores dos departamentos²². Mesmo antes da reforma, no estado de São Paulo, quatro escolas médicas foram criadas em 1963 sob esse conceito de ensino considerado mais moderno para a época: a Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, a Universidade Estadual Paulista - UNESP (Botucatu), a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e a Pontifícia Universidade Católica de Campinas. As escolas mais antigas, por sua vez, iniciaram as transformações no ensino após a reforma universitária de 1968^{23,24}.

As conseqüências do golpe militar na área da medicina não se restringiram ao ensino. Uma série de transformações referentes a investimento, planejamento de ações e organização de serviços acarretou alterações na assistência à saúde com influências diretas na educação médica.

Segundo Ros (2006), o governo militar determinou não só a restrição de investimentos para a prevenção, como reforçou e ênfase na atenção à doença, com estímulo ao uso de tecnologia. Houve, nesse período, financiamento da construção de hospitais privados com

dinheiro público. O pagamento destinado para a atenção à saúde aumentava quanto maior fossem a utilização de equipamentos e privilegiadas as especialidades. A formação das escolas médicas se voltou para esse novo mercado: o ensino passou a ser fragmentado por múltiplas disciplinas e especialidades e as aulas eram ministradas pelos melhores especialistas, não necessariamente profissionais envolvidos com educação ²¹.

O governo militar foi também responsável pela criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e pelo aumento da compra de serviços de saúde em detrimento dos antigos serviços próprios, dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Como conseqüência, os antigos trabalhadores dos IAPs e do Ministério da Saúde começaram a lutar pela volta de melhores condições de trabalho e por investimentos na prevenção de doenças e nos serviços de saúde próprios. Esses movimentos de reivindicação pela melhoria do setor saúde eram conhecidos como movimentos preventivistas. Houve, ao mesmo tempo, o renascimento de movimentos estudantis e a reunião de intelectuais universitários que apontavam para modelos alternativos de saúde. Juntaram-se a esses grupos o movimento popular de saúde, com apoio da Igreja Católica, o movimento da medicina comunitária e a organização da categoria médica ^{21,25}.

Na segunda metade da década de 1970, esses grupos se uniram de maneira mais organizada, constituindo-se num grande ator social coletivo: o Movimento Sanitário ou Movimento pela Reforma Sanitária. Participou desse movimento o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) ²⁶, grupo que surgiu nesse contexto, em 1976, com grande influência política e que tinha por objetivo realizar ações para melhoria das condições de saúde da população brasileira, como formação de recursos humanos, políticas de saúde, conscientização e participação da comunidade nas decisões do setor, entre outras. As políticas de saúde foram resultantes do confronto entre duas forças, o complexo médico-industrial, de um lado, e a reforma, de outro, com predomínio da política dominante até o fim da ditadura militar ^{5,21}.

No contexto mundial, a Declaração de Alma Ata, realizada em 1978, defendeu a atenção primária em saúde difundida para todos indistintamente até o final do século XX. A Conferência de Otawa, em 1986, por sua vez, formulou a proposta de Promoção de Saúde, com ampliação do entendimento de saúde para além da ausência de doença. A saúde passou, então, a abranger a qualidade de vida. Assim, os determinantes de saúde, além de biológicos, passaram a incluir também o estilo de vida e meio ambiente do indivíduo. A Conferência Mundial sobre Educação Médica, realizada em Edimburgo em 1988, discutiu temas do ensino médico que vieram a influenciar os movimentos de mudança curricular no Brasil e em

diversos países, levando em consideração as prioridades do ensino médico (científicas ou assistenciais), as estratégias educacionais, os recursos de apoio, a coerência entre ensino e os sistemas de saúde locais etc.⁵.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi palco de grande demonstração de força do Movimento Sanitário, ocasião em que se desenhou a necessidade da construção de um sistema único de saúde baseado no princípio de que saúde é um direito de todos e dever do Estado²¹.

Ora, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Constituição Federal de 1988, evidencia a situação de insatisfação relacionada à assistência, à organização de serviços e às políticas de saúde. Da mesma forma, o lançamento das diretrizes curriculares nacionais para o ensino superior²⁷, em 2001, demonstra de maneira mais contundente como o ensino de medicina passou a ser avaliado⁵. A articulação entre a formação de profissionais em saúde e a assistência tem sido questionada, de maneira crescente, e muitas propostas de mudanças têm surgido tanto por parte da sociedade civil quanto das instituições governamentais^{28,29,30}. A atenção à saúde, baseada na cura de sintomas objetivos e descontextualizada das questões complexas que envolvem a vida dos que necessitam de atenção médica, tem sido considerada insuficiente numa sociedade cada vez mais preocupada com as melhores condições de vida de seus cidadãos^{1,2,5}.

A implementação do SUS tem esbarrado, todavia, em diversas dificuldades, dentre as quais o grande abismo existente entre a formação dos profissionais médicos (ainda sob o paradigma flexneriano) e as necessidades básicas de saúde da população brasileira^{1,5}. Algumas instituições da sociedade civil, preocupadas com ensino e pesquisa da área da saúde, articulam ações em busca de adequação da formação dos profissionais de saúde às necessidades da população e de promoção da viabilidade das diretrizes do SUS²⁸. Entre elas, destacam-se o CEBES, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), a Rede Unida, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) encerrada em 2000, a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM), o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS) e o Conselho Federal de Medicina (CFM).

A ABEM, fundada em 1962, é uma sociedade civil que congrega instituições e indivíduos ligados à educação médica com objetivos relacionados ao aprimoramento do ensino de medicina em âmbito nacional, através de promoção da cooperação entre escolas, assessorias, capacitação docente, congressos, cursos etc.²³.

A ABRASCO, por sua vez, fundada em 1979, tem por objetivos o apoio e a articulação entre centros de ensino e pesquisa em saúde coletiva e a cooperação com os centros de prestação de serviços e formação em saúde ²⁹.

Fundada em 1985, a Rede Unida é uma estrutura composta por membros da universidade, dos serviços de saúde e da comunidade com objetivo de desenvolver projetos em recursos humanos em saúde associados ao modelo de atenção, ao modelo de ensino e à participação social no setor ³⁰.

Desde 2006, a CAEM – uma das comissões da ABEM que conta com participação docente e discente, realiza avaliações das escolas médicas baseada no trabalho de doutorado de Lampert (2002) ⁴ e formula propostas de mudanças no ensino.

Após longo período de discussões com a ABEM, Rede Unida, ABRASCO, CFM e CINAEM, o Ministério da Educação lançou, em novembro de 2001, as novas diretrizes curriculares para o curso de graduação de medicina, cujo foco principal é orientar a formação profissional para favorecer serviços médicos em que a “atenção ao ser humano” seja prioritária ⁵. As diretrizes mostram um claro avanço na consideração de aspectos políticos e sociais no contexto das necessidades em saúde da população brasileira. Suas recomendações respeitam a singularidade de cada escola médica e delineiam o perfil profissional do médico graduado compreendendo formação geral, humanista, crítica e reflexiva ^{5,21}.

A preocupação com currículo médico e modelos pedagógicos também pode ser evidenciada em propostas inovadoras de escolas brasileiras, algumas bem anteriores à divulgação das novas diretrizes curriculares: a Universidade de Brasília, que promoveu integração disciplinar entre os cursos de saúde e criação de blocos de sistemas em 1966; a Universidade Federal de Minas Gerais que implantou a clínica integrada e o internato rural em 1975; a Universidade Federal Fluminense que integrou atividades acadêmicas com a rede de saúde de Niterói/RJ em 1992; a Universidade de São Paulo que criou o currículo nuclear em 1998; as Universidades de Londrina e de Marília, que empregaram o modelo de aprendizagem baseada em problemas (PBL – sigla em inglês) no final dos anos 90; entre outras ^{1,3,5}.

1.3 DISCIPLINAS DE HUMANIDADES

No artigo nº. 3 das diretrizes curriculares encontra-se a definição do perfil do egresso da faculdade de medicina: 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 e como promotor da saúde integral do ser humano ²⁷.

Frente a essa definição de perfil desejado para o médico graduado, que inclui a qualidade “humanista”, assinala-se a necessidade de distinguir a humanização, como prática, das disciplinas de humanidades, como elementos do ensino médico.

Humanização, segundo o Dicionário Houaiss ³¹, é o ato ou efeito de humanizar (-se), de tornar-se benévolo ou mais sociável. Na área da saúde esse termo é utilizado habitualmente na assistência, tanto em relação à prática dos profissionais quanto à organização dos serviços, acesso, estrutura física das instituições de saúde etc.

Humanidades, no sentido clássico, segundo o Houaiss, significam o estudo das letras clássicas; estudos clássicos, literários e filosóficos.

A partir da década de 90 a maioria das escolas médicas americanas havia incorporado disciplinas de humanidades em seus currículos, sendo a bioética a mais freqüente dentre todas. No Brasil, poucas escolas introduziram disciplinas de humanidades, além da ética. Algumas exceções passaram a incluir história, filosofia, bases humanísticas da medicina, sexualidade humana, entre outras. Vale ressaltar que a inclusão dessas disciplinas nos currículos escolares não significa uma aplicação eficiente de seus ensinamentos na prática médica ³².

A relevância do ensino de humanidades na formação universitária e na educação médica, em particular, é discutida por diversos autores.

Na apresentação do projeto de um curso de humanidades na Universidade de São Paulo (USP), em 2001, Renato Janine Ribeiro discute conceitos associados às humanidades e sua importância na formação educacional de maneira geral. A inclusão do estudo de humanidades no contexto do curso então proposto à reitoria da USP se justificaria por serem disciplinas relacionadas à cultura e não às ciências. Os produtos do estudo dessas disciplinas, embora sujeitos a críticas, não são substituídos por novas teorias, mas acumulados aos campos de conhecimento. Além disso, não possuem efeitos práticos imediatos; são produtos da história e não da modernidade, agindo como instrumentos para ampliar os mecanismos de reflexão e construção de novos conhecimentos.

Para este autor, o objetivo do ensino de humanidades é formar alunos com uma base cultural sólida o bastante para permitir-lhes vivenciar as rápidas mudanças contemporâneas, aproveitando seus benefícios e superando suas dificuldades de adaptação. Os alunos devem ser capazes de relativizar conceitos científicos ligados à verdade e à eficiência tecnológica.

Eles devem ser capazes, também, de questionar as regras aprendidas e ser criativos na inovação em pesquisa³³.

Coelho (2001), por sua vez, critica a “desculturalização” do ensino universitário e a incoerência do papel de extensão cultural assumido pela universidade, visto que, internamente o ensino torna-se cada vez mais especializado e utilitário. Para ele, as fronteiras do conhecimento da maioria dos aspectos relacionados ao ser humano são muito difusas e imprecisas, embora a universidade eduque para o que é preciso e significativo. O reconhecimento de que o difuso é parte da condição humana, incluindo até certas questões físicas, implica a aceitação de que tudo é passível de múltiplas classificações e, assim, uma única coisa pode pertencer a categorias contraditórias em algumas de suas características. A cultura conduz ao reconhecimento da difusão e a sua ausência significa ausência de diálogo entre opostos, com a conseqüente insistência, se não em apenas um, em poucos pontos de vista. Nesse sentido, a globalização, que tende a igualar todos em torno das orientações de valor e das condições de vida propostas pelos grupos de pensamento dominantes, desconsidera as singularidades específicas de cada indivíduo e grupo social³⁴.

Segundo Pereira (2004) as humanidades médicas podem ser entendidas como um conjunto de disciplinas que problematizam ou iluminam aspectos médicos, sejam questões individuais ou gerais da prática médica. Como exemplo, relaciona, entre outras, algumas disciplinas como história médica, filosofia, ética, religião, literatura e linguagem e artes³².

Para Ribeiro (2001)³³ e Gallian (2005)³⁵, humanidades também incluem as artes, a literatura e a filosofia.

Caprara e Franco (2006) situam as humanidades na formação e prática médica de acordo com três aspectos: introdução das ciências humanas na formação médica (principalmente psicologia, sociologia e antropologia); intercessão entre arte e medicina (em particular, literatura, pintura, escultura e música); a intrínseca relação existente entre filosofia e medicina¹¹.

Gallian (2005), baseado nos pensamentos do médico espanhol Gregório Maraño (1887-1960), discute a importância da reincorporação das humanidades no ensino médico por serem os instrumentos que permitem “*adentrar no íntimo da alma humana*”, condição primordial para o saber médico. Para o autor, a obra de arte tem grande poder mobilizador: cria empatia, gera crises, provoca mudanças sem mostrar seu significado diretamente, ou seja, através da arte vivenciam-se experiências. Ao analisar como o cientificismo e o tecnicismo envolveram intensamente a concepção e o ensino de todas as profissões da saúde, Gallian

considera que as humanidades têm também o papel de humanizar, no ensino, as relações, o exercício profissional e a pesquisa científica³⁵.

Maia (2005) considera que a formação humanística, na escola médica, ocorre predominantemente pelo currículo oculto, ou seja, através das relações entre professores, alunos e pacientes, de maneira não planejada. Para ele, o ensino de humanidades deveria extrapolar o conjunto de conteúdos curriculares e tornar-se um valor de formação educacional fortemente presente na cultura e na tradição da escola perpassando longitudinalmente o currículo para ligar-se intimamente a todas as atividades e a todos os atores responsáveis pela formação do aluno. A estratégia mais favorável ao desenvolvimento da dimensão humanística do processo de ensino-aprendizagem seria a prática profissional: as situações reais nos diversos cenários práticos podem fornecer os elementos necessários para a problematização, o enfrentamento das complexidades e o surgimento de possibilidades de intervenção. Os cenários extra-hospitalares (ambulatórios e espaços comunitários) forneceriam as condições ambientais e emocionais mais favoráveis para aproximar o aluno do cotidiano do paciente³⁶.

Na Conferência Mundial sobre a Educação Superior (1998), a UNESCO definiu como sendo a principal missão da universidade educar cidadãos responsáveis, num espaço aberto de aprendizagem permanente. Para isso seriam necessárias ações em três direções: desenvolvimento dos docentes; foco das preocupações centralizado no estudante; suporte ao aluno durante o seu caminhar universitário³⁷.

A educação médica capaz de desenvolver nos futuros profissionais características humanísticas deve ser considerada etapa fundamental para que os preceitos humanísticos do SUS sejam implementados. Vale ressaltar que o ensino de ética, fundamentado no código de ética médica, não é instrumento suficiente para a solução da complexidade de grande parte dos conflitos que envolvem a prática médica levando cada profissional a lançar mão de outros fundamentos éticos para tomada de decisões³⁸.

1.4 A FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

A Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), situada na região central de São Paulo e fundada em 1963, é responsável pelo ensino de aproximadamente cem estudantes de Medicina por ano. Seu ensino, além de ter características moldadas pelo currículo formal, sofre influências de fatores ocultos que marcam a formação de seus alunos, e podem ser exemplificados pela tradição filantrópica, pelo modelo de comportamento e decisões dos médicos, pelas características da população que frequenta o serviço etc.³⁹.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo foi fundada no século XVI, com o objetivo de desenvolver as obras de caridade da Ordem das Santas Casas de Misericórdia: tratar os enfermos, reabilitar os presos, socorrer os necessitados e amparar os órfãos. Sua participação na história da cidade foi sempre marcante e suas atividades foram se transformando, gradualmente, da assistência social à assistência médica e ao ensino. O atual hospital da Irmandade, inaugurado em 1884, abrigou a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, fundada em 1912. Após a construção do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1940, o ensino profissionalizante passou a ser realizado fora de suas enfermarias ^{40,41}.

Durante a década de 1950, o trabalho médico na Santa Casa de São Paulo consistia na atividade voluntária de profissionais que atendiam os doentes. No entanto, o corpo clínico começou a lutar pela volta das atividades acadêmicas no hospital, pois a presença de estudantes proporcionava estímulo para o desenvolvimento científico ^{40,42,43}. Documentos da época registraram essa reivindicação, como pode ser visto no ofício enviado à mesa administrativa, reproduzido parcialmente, datado de 20/04/1956 e assinado por representantes do corpo clínico de então:

"... A Diretoria Clínica e o Conselho Técnico, convencidos da urgente necessidade de se instituir o ensino médico nesta Santa Casa, visto que, segundo verificação universal, hospital em que não se pratica ensino se transforma em mero depósito de doentes, de onde é banido o estímulo ao estudo e ao rápido esclarecimento dos casos clínicos..." assinam: Paulo de Godoy, Oscar Monteiro de Barros, Matheus Santamaría, Paulo de Almeida Toledo e Pedro Ayres Neto. (Livro de Atas nº.36, pg. 169).

Após dois anos, a mesa administrativa aprovou os estatutos da nova faculdade, que iniciou suas atividades acadêmicas em 24 de maio de 1963. O reconhecimento oficial foi concedido pelo Decreto Federal nº. 62.044, de 04 de janeiro de 1968 ³⁹.

Desde a sua fundação, muitas mudanças ocorreram na faculdade. No início contava com a presença de docentes de outras instituições, como a Faculdade de Medicina da USP, a Escola Paulista de Medicina, o Instituto Oscar Freire, o Hospital AC Camargo, o Hospital Emílio Ribas, o Hospital do Juqueri e o Instituto Butantã. No entanto, progressivamente, seus próprios docentes foram se titulando. Muitos se submeteram e foram aprovados como livres-docentes, outros complementaram seus mestrados e doutorados em outras instituições, mas a

maioria foi se titulando na própria faculdade, após a criação de seus cursos de pós-graduação. Atualmente são 410 docentes, dos quais 270 são titulados. A partir de 1992 iniciou-se o processo de criação de outros cursos de graduação na área da saúde: o curso de graduação em enfermagem, iniciado em 1999 e o curso de graduação em fonoaudiologia, em 2000. Em 2002 foi aprovado o curso de pós-graduação em Ciências da Saúde, estendendo-se assim sua competência a todas as áreas ligadas a saúde e não apenas à medicina.

A faculdade também contribui com a ciência médica através de inúmeras pesquisas científicas tanto na área básica como clínica com cerca de 90 grupos de pesquisa. Conta com laboratórios de Imunologia, Microbiologia, Farmacologia, Bioquímica, Fisiologia, Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental e Biologia Molecular.

A maior parte das atividades acadêmicas ocorre no Hospital Central, com 770 leitos e cerca de 5000 atendimentos por dia. No entanto, outros locais de assistência à saúde participam da formação do aluno: o Hospital São Luiz Gonzaga, o Hospital Geriátrico Dom Pedro II, o Instituto de Infectologia Emílio Ribas, o Centro de Atenção Integrada Saúde Mental e o Centro de Saúde Escola Barra Funda.

A estrutura do ensino de medicina tem a seguinte organização global:

1º e 2º Séries	Estudo do Homem Normal	Estudo do Homem como um ser Bio-Psico-Social, na sua forma, função e comportamento.
3º e 4º Séries	Estudo da Doença	Estudo da Patologia e da Terapêutica ou das Doenças e de como elas são tratadas.
5º e 6º Séries	Estudo do Doente	Internato, como uma atividade pré-profissional intensa na Santa Casa de São Paulo.

Ao final do internato, nos dois últimos meses do último ano em que passa na faculdade, o sextanista faz um estágio denominado eletivo. O próprio estudante opta por uma área da medicina (Cirurgia, Clínica, Pediatria, Saúde Coletiva, Tocoginecologia ou outra especialidade) para estagiar com objetivo de reforçar sua formação. O eletivo é a última atividade a ser desempenhada pelo estudante, na graduação. A grade curricular por série está descrita no anexo I.

A escolha da FCMSCSP para o presente estudo de caso se justifica pelos seguintes aspectos:

- Trata-se de uma escola com 45 anos de existência, reconhecida como tradicional e disputada por muitos alunos que aspiram à carreira médica ao fim do ensino médio de todo país;
- Foi uma das escolas que iniciaram o ensino baseado na divisão dos campos de conhecimento por disciplinas e não por cátedras;
- Foi uma das primeiras escolas que incorporaram o ensino de ciências sociais aplicadas à medicina ao currículo;
- O seu currículo ainda não foi alterado de forma significativa em função das novas tendências de mudança curricular que ocorreram após as diretrizes curriculares de 2001.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

Analisar o currículo formal da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, no contexto da formação para a prática médica humanizada.

2.2 Específicos:

1. Descrever a distribuição e carga horária das disciplinas de humanidades e das que interagem com as ciências humanas;
2. Analisar os programas curriculares dessas disciplinas.

3. METODOLOGIA

3.1 UNIVERSO DO ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo, através de análise documental dos programas das disciplinas oferecidas aos alunos durante a graduação (currículo formal).

O currículo de uma escola pode ser definido como a programação total ou parcial de um curso ou matéria a ser examinada ³¹. No presente estudo, utilizou-se a classificação de Maia (2005) que divide, didaticamente, o currículo, de acordo com as atividades que interferem na formação dos alunos, dentro ou fora do ambiente escolar. Segundo o autor, para além de sua dimensão de plano educacional, o currículo pode ser entendido como um instrumento que possibilita os movimentos de ensino e aprendizagem com o objetivo de formação em um determinado nível de educação, e que sofre influência constante das trocas da escola com o meio no qual essa se situa ³⁶.

O conjunto de conteúdos e práticas planejadas para o ensino é considerado como currículo formal. Por outro lado, a constelação de atividades disponíveis para o aluno em ambiente escolar, mas não especificamente planejadas, pode ser definida como currículo informal. O estudante, por sua vez, procura freqüentemente fora da instituição experiências que se relacionam direta ou indiretamente à sua formação profissional; o conjunto dessas experiências abrange o que se chama de currículo paralelo. Já o currículo oculto inclui o conjunto de valores e comportamentos que são implicitamente ensinados aos alunos, através das relações sociais, das práticas e da configuração espacial e temporal da escola, o que pode ser traduzido pela tradição da instituição.

3.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A análise documental foi realizada por meio de coleta de dados, leitura flutuante, escolha dos documentos a serem submetidos à análise, elaboração de indicadores após leituras seqüenciais, organização de categorias de análise e posterior descrição e interpretação dos resultados ^{44,45}. A elaboração de indicadores e categorias de análise foi feita através da comparação dos dados do currículo formal com as recomendações contidas nas diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina, procurando identificar consonâncias, limitações ou inovações nos preceitos definidos nas diretrizes.

Os itens dos programas curriculares estudados foram: conteúdo, método de ensino, objetivos e critérios de avaliação. A coleta dos dados foi realizada mediante solicitação dos programas das disciplinas da graduação à secretaria da FCMSCSP.

3.2.1 Conteúdo

A delimitação das disciplinas da FCMSCSP para investigação documental se baseou no conteúdo descrito nos programas curriculares em relação à inclusão das seguintes questões: discussão sobre as necessidades básicas em saúde; discussão/articulação sobre aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação; favorecimento da visão do indivíduo como ser singular e complexo, que faz parte de uma família e um grupo social e tem uma cultura própria que influencia sua vida e sua saúde. Esses indicadores estão referidos no artigo nº. 5 das diretrizes como sendo características desejadas na formação dos médicos e que devem ser abordadas durante a graduação.

De acordo com esse enfoque foram separadas as disciplinas de humanidades e as que interagem com as ciências humanas (mas não se restringem às humanidades) do restante das disciplinas que formam o currículo dos seis anos de graduação. Essa escolha foi embasada na categorização utilizada pelo grupo de humanidades e medicina do Centro de Desenvolvimento de Educação Médica “Professor Eduardo Marcondes” (CEDEM) que considera tais disciplinas como co-responsáveis pelo ensino de aptidões relacionadas ao domínio afetivo dos campos de conhecimento e, por isso, abrangem uma margem maior de questões do que as puramente biomédicas⁴⁶.

As disciplinas selecionadas foram submetidas à análise referente a método de ensino, objetivos e avaliação.

3.2.2 Método de ensino

As diretrizes curriculares descrevem a estrutura do curso de medicina como um processo de ensino-aprendizagem que, com ênfase no aluno, prevê atividades práticas reais em ambientes diversificados, integração entre disciplinas, e tem o compromisso permanente de apresentar as questões relacionadas à saúde de maneira ampliada por meio de exercício constante da reflexão crítica.

Com base na categorização criada por Ojeda e Alcalá (2004)⁴⁷ para avaliação curricular, as disciplinas foram analisadas de modo a situá-las a partir de três categorias segundo o predomínio das seguintes características:

1. ensino centrado no conteúdo;
2. ensino que articula o objeto de estudo (conteúdo) com o campo profissional (atividades práticas – cenários reais);
3. ensino que articula o conteúdo com o desenvolvimento de habilidades e estratégias de aprendizagem e estudo (construção de conhecimento e auto-aprendizagem).

Além de situar a disciplina em uma ou mais das três categorias citadas, a análise do método de ensino procurou identificar no programa: diversificação de cenários de atividades práticas; preocupação com a integração multidisciplinar; estímulo à reflexão, à crítica e ao julgamento moral; divisão dos alunos em grupos pequenos nas atividades práticas.

3.2.3 Objetivos

Foi avaliado se nos programas das disciplinas existem dados que apontem para a intenção de desenvolver no aluno habilidades do domínio afetivo do conhecimento, ou mais especificamente de torná-lo capaz de praticar a medicina de maneira humanizada.

3.2.4 Critérios de Avaliação

O tipo de avaliação escolhido por cada disciplina define as dimensões consideradas na capacitação dos alunos. A necessidade de avaliação do aluno bem como do processo de ensino-aprendizagem representa um importante desafio para as escolas médicas frente às tendências de mudanças impulsionadas pelas diretrizes curriculares nacionais. A viabilidade de aplicar modelos de avaliação formativa, que inclui o próprio processo de ensino, além da tradicional avaliação somativa, que focaliza a etapa final do ensino, tem sido alvo de discussão nos meios acadêmicos por ampliar a compreensão da aquisição de habilidades do aluno, assimiladas conjuntamente com a qualidade do método de ensino de determinadas escolas ou disciplinas^{48,490}. A avaliação deve, pois, contemplar não apenas o conteúdo memorizado no momento de sua aplicação, mas incluir o processo de aquisição de habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas.

Neste estudo, a avaliação foi analisada de acordo com o peso que cada disciplina atribui a: memorização de conteúdo; aquisição de habilidades técnicas; participação em aula; participação e preparo de seminários e trabalhos; atitude dos alunos em seus relacionamentos com professores, colegas, pacientes e outros profissionais com quem interagem. Além disso, foi investigado se há valorização diferenciada entre as diversas atividades de cada disciplina; se a avaliação confere maior valor para as atividades cognitivas; se os aspectos afetivos do

aluno, relacionados às atividades da disciplina (comportamento, criatividade, envolvimento) são observados e valorizados.

3.3 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Científica do Departamento de Medicina Social em 01 de agosto de 2007 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCMSCSP em 29 de agosto de 2007, segundo as normas previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Projeto nº. 355/07).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO – ARTIGO

Ensino de Humanidades: análise do currículo formal da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Kertzman, NTSM; Ribeiro, MCSA.

RESUMO

Objetivos: analisar as disciplinas de humanidades do currículo formal da FCMSCSP.

Métodos: de acordo com o conteúdo dos programas curriculares, foram selecionadas as disciplinas de humanidades e as que interagem com as ciências humanas para análise dos objetivos, métodos e critérios de avaliação, delineando sua distribuição na graduação.

Resultados: foram encontradas dez disciplinas de humanidades ou que interagem com ciências humanas, concentradas, sobretudo, nos primeiros anos da graduação. Todas têm objetivos relacionados à prática médica humanizada, porém os métodos são heterogêneos: a maior parte articula ensino e prática e se preocupa com integração multidisciplinar; algumas centram o ensino no conteúdo; apenas uma articula conteúdo com desenvolvimento de habilidades e auto-aprendizagem. Em relação à avaliação, a prova é o método mais valorizado.

Conclusões: a FCMSCSP não alterou radicalmente seu modelo de ensino como muitas escolas médicas brasileiras. Os novos modelos enfatizam a formação humanista dos alunos. As mudanças devem emergir internamente na escola através da modernização dos métodos de ensino das disciplinas, do processo avaliativo e da integração interdisciplinar. O ensino de habilidades para a prática humanizada da medicina deve se tornar um objetivo claro da escola médica ao longo de toda a graduação.

Palavras-chave: educação médica; humanidades; currículo.

ABSTRACT

Background: the humanistic skills acquired by the students during graduation are discussed in the literature as an important subject concerning the professional practice of the future doctors. The aim of this study was to analyze the medical humanities curriculum in FCMSCSP.

Methods: humanity disciplines and those that interact with the human sciences were selected according to their contents in order to analyze the objectives, methods and assessment criteria and outline their distribution during the graduation years.

Results: ten medical humanities and human sciences disciplines were found in the early years of graduation with objectives related to humanistic medical practice, however, their methods

are heterogeneous: most articulates the teaching and the medical practice; most is, concerned about multidisciplinary integration; some of them focus on the teaching content; one articulates content with the development of skills and self-learning. Regarding the assessment, the test is the most valued.

Conclusions: the FCMSCSP curriculum was not greatly modified as many Brazilian medical schools. The new medical education models emphasize the importance of the humanistic skills of the students. The changes may emerge internally at the school through the modernization of the methods of teaching, the evaluative process and the disciplines integration. The humanistic skills related to the professional practice should become a clear objective of the medical school.

Keywords: medical education, humanities; curriculum.

INTRODUÇÃO

As 175 escolas médicas, em atividade atualmente no Brasil, são responsáveis pela admissão de mais de 15 mil alunos por ano, que estarão habilitados a praticar medicina, após a graduação, em território nacional ¹.

O ensino desses profissionais tem enfatizado sua capacitação nos campos do conhecimento cognitivo e psicomotor. No entanto, nos últimos anos, o campo afetivo do conhecimento médico tem sido cada vez mais considerado por entidades ligadas à profissão médica, por setores da sociedade e por instituições governamentais que buscam mudanças para melhores condições de saúde da população brasileira ^{2,3,4}. O campo afetivo do conhecimento é aquele que fornece ao profissional instrumentos lógicos para abordar as questões médicas de maneira humana, com visão global dos aspectos ligados ao adoecimento e integrar os conhecimentos gerais e específicos às ações relacionadas à saúde da população ^{5,6}.

Para ingressar na escola médica, no Brasil, o aluno passa por um concorrido exame vestibular que avalia seus conhecimentos através de uma prova de questões de múltipla escolha e/ou questões dissertativas específicas. O exame serve para classificar os candidatos que tiveram melhor desempenho no conteúdo verificado e, assim, admiti-los para a faculdade de medicina. Essa forma de avaliação privilegia o campo cognitivo do conhecimento, mas não considera os campos psicomotor e afetivo, e, portanto, não favorece a admissão de indivíduos com aptidões específicas para a prática profissional humanizada.

O sociólogo americano Peter Conrad, em 1988, desenvolveu uma pesquisa em que analisa relatos de estudantes de medicina durante longos períodos da graduação. Segundo esse

estudo, as escolas médicas priorizam o ensino de doenças, procedimentos técnicos e aspectos complexos da medicina, dedicando muito pouca atenção ao ensino relacionado ao “cuidar” médico ⁷. Ele conclui que, do começo ao fim da educação médica, o aluno passa por processos de transformação que resultam na adoção da perspectiva médico-clínica em contraposição à perspectiva do paciente e em uma identificação maior com os médicos do que com os indivíduos a quem é prestado atendimento. Para minimizar essa deficiência do ensino, o autor sugere a mudança nos métodos de seleção de estudantes de medicina, considerando que os alunos que conseguem manter uma atitude voltada para o paciente, de maneira humanista, são aqueles que já possuem essas características ao entrar para a escola médica.

Os alunos de medicina têm particularidades que os distinguem dos alunos de outras profissões. Em geral são competitivos, têm facilidade em se concentrar nos estudos, são extremamente persistentes, determinados e afeitos a desafios, mas apresentam dificuldades em lidar com o fracasso e a frustração ⁸. Tais características favorecem o aprendizado dos aspectos biológicos da medicina, técnicos e conceituais, porém constituem um obstáculo ao desenvolvimento de habilidades do campo afetivo.

Embora muitos aspectos relacionados à vida universitária tenham influência na formação do aluno, o currículo formal demonstra, em grande parte, a tendência explícita e oficial das práticas de ensino de uma escola ². A composição desses currículos tem sido alvo de recomendações que abrangem diversos aspectos da formação médica. Em 2001, o Ministério da Educação lançou as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina. Em seu conteúdo foi definido que, após sua formação, os médicos devem ter capacidade de atuar de maneira humanista, reflexiva e crítica, sendo, portanto, uma das atribuições das escolas médicas promover essa habilidade ⁹.

Os currículos das escolas médicas brasileiras apresentam diversas conformações, mas a maior parte delas é composta pela divisão de temas em disciplinas que integram departamentos. Esse sistema de ensino, hoje considerado tradicional, foi iniciado, no Brasil, após a Lei da Reforma Universitária de 1968. A extinção das cátedras teve impacto positivo na educação médica, na época, ao conferir maior autonomia acadêmica e administrativa aos departamentos ².

As mudanças curriculares que vêm ocorrendo em algumas escolas médicas brasileiras mostram uma clara tendência à valorização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, integração interdisciplinar, acompanhamento dos alunos em grupos pequenos através de professores-tutores, estímulo à auto-aprendizagem, introdução precoce do aluno em situações práticas reais, em cenários diversificados e ensino baseado nas necessidades básicas da

população. Tais tendências estão em consonância com os itens avaliados pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), responsável pela avaliação e acompanhamento das escolas de medicina para cumprimento das determinações da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior (LDB) ^{4,9}. No entanto, apesar dessas tendências, as disciplinas voltadas ao ensino de habilidades do campo afetivo do conhecimento, em especial as relacionadas às ciências humanas, são ainda pouco numerosas e se concentram nos primeiros anos de ensino, o que pode ser constatado em uma avaliação dos programas curriculares das escolas brasileiras ¹.

O propósito do ensino de humanidades, não especificamente na medicina, é fornecer aos alunos uma base cultural sólida o bastante que lhes permita vivenciar as rápidas mudanças contemporâneas, aproveitando seus benefícios e superando suas dificuldades de adaptação. Os alunos devem ser capazes de relativizar conceitos científicos ligados à verdade e à eficiência tecnológica, de questionar as regras que aprendem e, também, de ser criativos na inovação em pesquisa ¹⁰.

As humanidades médicas podem ser entendidas como um conjunto de disciplinas que problematizam e/ou iluminam aspectos médicos, sejam questões particulares ou gerais da prática médica ¹¹. Pereira aponta as dificuldades de definição e conceituação do termo humanidades e reúne uma lista de disciplinas citadas por diversos autores na literatura médica, que se encaixam nesse perfil descrito e são encontradas em algumas escolas brasileiras, como História Médica, Filosofia, Ética, Psicologia, Religião, Literatura e Linguagem e Artes, entre outras ¹¹.

Gallian, baseado nos pensamentos do médico espanhol Gregório Marañon (1887-1960), aborda a importância da reincorporação das humanidades no ensino médico por serem os instrumentos que permitem “*adentrar no íntimo da alma humana*”, condição primordial para o saber médico ¹². Maia considera que o ensino de humanidades deve extrapolar o conjunto de conteúdos curriculares e tornar-se um valor de formação educacional fortemente presente na cultura e na tradição da escola perpassando longitudinalmente o currículo para ligar-se intimamente a todas as atividades e a todos os atores responsáveis pela formação do aluno ³.

O objetivo deste estudo é analisar o ensino de disciplinas de humanidades e de disciplinas que valorizem o desenvolvimento de habilidades do campo afetivo do conhecimento dos alunos da graduação na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP.

SELEÇÃO E ANÁLISE DAS DISCIPLINAS

Após a leitura dos programas da graduação, algumas disciplinas foram selecionadas, de acordo com os conteúdos ministrados, e seus respectivos programas submetidos à técnica de análise de conteúdo em relação aos seguintes itens: objetivos, métodos de ensino e critérios de avaliação ^{13,14}.

O conteúdo das disciplinas foi analisado em relação aos itens constituintes do artigo nº. 5 das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina que estabelecem as capacidades que devem ser adquiridas pelo profissional na sua formação: discussão sobre as necessidades básicas em saúde; discussão/articulação sobre aspectos de promoção, prevenção, cura, recuperação e reabilitação; favorecimento da visão do indivíduo como ser singular e complexo, que faz parte de uma família e de um grupo social e cuja própria cultura influencia sua vida e sua saúde. Esses elementos foram investigados nas descrições dos conteúdos, sem se limitar às especificidades das especialidades médicas e levando em consideração a problematização dos aspectos médicos envolvidos ⁹.

Desta maneira, as disciplinas de humanidades e aquelas que interagem com as ciências humanas (mas não se restringem às humanidades) foram distinguidas do restante das disciplinas que formam o currículo. A inclusão dessas disciplinas foi realizada com base na categorização utilizada pelo grupo de humanidades e medicina do Centro de Desenvolvimento de Educação Médica “Professor Eduardo Marcondes” (CEDEM) que as considera co-responsáveis pelo ensino de aspectos da medicina que vão além das questões biomédicas ¹⁵.

O método de ensino foi analisado segundo a estrutura do curso de medicina descrito nas diretrizes curriculares: um processo de ensino-aprendizagem com ênfase no aluno, com atividades práticas reais em ambientes diversificados, integração entre as disciplinas e o compromisso permanente em apresentar as questões relacionadas à saúde de maneira ampliada através do exercício constante da reflexão crítica.

De acordo com a categorização criada por Ojeda e Alcalá ¹⁶, os métodos das disciplinas foram classificados de modo a situá-las a partir de três categorias conforme predomínio das seguintes características: 1) ensino centrado no conteúdo; 2) ensino que articula o objeto de estudo (conteúdo) com o campo profissional (atividades práticas – cenários reais); 3) ensino que articula o conteúdo com o desenvolvimento de habilidades e estratégias de aprendizagem e estudo (construção de conhecimento e auto-aprendizagem).

Além de situar a disciplina em uma ou mais das três categorias citadas, a análise do método de ensino procurou ainda identificar se estão expressas no programa questões referentes à diversificação de cenários de atividades práticas; preocupação com a integração

multidisciplinar; estímulo à reflexão, à crítica e ao julgamento moral; divisão dos alunos em grupos pequenos nas atividades práticas.

A análise dos objetivos foi baseada na busca de dados no texto dos programas curriculares que apontassem de forma explícita a intenção de desenvolver no aluno habilidades do domínio afetivo do conhecimento ou, mais especificamente, capacitá-lo a praticar a medicina de maneira humanizada.

A necessidade de avaliação do aluno e do processo de ensino-aprendizagem constitui um importante desafio para as escolas médicas frente às tendências de mudanças impulsionadas pelas diretrizes curriculares nacionais. A viabilidade de realizar modelos de avaliação formativa além da tradicional avaliação somativa, tem sido discutida nos meios acadêmicos uma vez que amplia a compreensão da aquisição de habilidades do aluno conjuntamente com a qualidade do método de ensino de determinadas escolas ou disciplinas^{17,18}. A avaliação deve, portanto, contemplar não apenas o conteúdo memorizado no momento de sua aplicação, mas incluir o processo de aquisição de habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas.

Desta forma, neste estudo, o critério de avaliação foi analisado segundo o peso que cada disciplina atribui à memorização de conteúdo; aquisição de habilidades técnicas; participação em aula; participação e preparo de seminários e trabalhos; comportamento/atitude dos alunos em seus relacionamentos com professores, colegas, pacientes e outros profissionais com quem interagem. Foi também investigado se há valorização diferenciada entre as diversas atividades de cada disciplina; se a avaliação confere maior valor para as atividades cognitivas; se os aspectos afetivos do aluno, relacionados às atividades da disciplina (comportamento, criatividade, envolvimento) são observados e valorizados.

A FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

A FCMSCSP, situada na região central da cidade de São Paulo, é uma instituição de ensino superior privada e filantrópica. É responsável pelo ensino de aproximadamente cem estudantes de medicina por ano. Tem situação de credenciamento legal atualizado pelo MEC.

O hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo abrigou a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo até a inauguração do Hospital das Clínicas em 1944. O nascimento da FCMSCSP, em 1963, deveu-se a um processo árduo de planejamento e busca de recursos do corpo clínico e da mesa administrativa da Santa Casa de São Paulo que

desejava a presença de estudantes de medicina por proporcionarem a motivação para o ensino e o estímulo para o desenvolvimento científico^{19,20}.

A organização estrutural e didática da FCMSCSP, em sua fundação, teve como princípio o sistema departamental (enquanto ainda era vigente o sistema de cátedras), no qual disciplinas afins são agrupadas para otimizar o ensino. Esse esquema de organização curricular, inovador no Brasil, foi seguido pelas demais escolas médicas após a Lei da Reforma Universitária de 1968²¹.

A organização das disciplinas e departamentos se distribui nos ciclos básico, pré-clínico e clínico, como pode ser visto no quadro 1.

Quadro 1: Organização do ensino, FCMSCSP, 2008.

1º e 2º Séries	Estudo do Homem Normal	Estudo do Homem como um ser Bio-Psico-Social, na sua forma, função e comportamento.
3º e 4º Séries	Estudo da Doença	Estudo da Patologia e da Terapêutica ou das Doenças e de como elas são tratadas.
5º e 6º Séries	Estudo do Doente	Internato, como uma atividade pré-profissional intensa na Santa Casa de São Paulo.

Disponível em: http://www.fcmscp.edu.br/fcm.php?sit_id=39&sgr_id=2

No regimento da FCMSCSP todas as disciplinas estão subordinadas a um departamento com exceção de Tecnologia da Informação que é subordinada diretamente à diretoria da faculdade. No entanto, na descrição dos programas curriculares nota-se que muitas disciplinas são de responsabilidade de mais de um departamento, como por exemplo, Patofisiologia, ministrada no 3º. ano, que é coordenada por docentes dos departamentos de Ciências Fisiológicas, Clínica Médica e Ciências Patológicas.

Além do currículo formal, existem alguns núcleos subordinados à direção da faculdade que têm como objetivo geral facilitar o ensino de medicina, através de atividades de apoio aos alunos, estímulo à capacitação docente, fomento à produção científica e avaliação interna do ensino: Comissão de acompanhamento de curso (CAC), Retaguarda emocional para os alunos (REPAM), Núcleo de apoio a projetos pedagógicos (NAPP), Comissão própria de avaliação (CPA), entre outros.

Currículo Formal

Em relação ao ensino formal realizado na FCMSCSP que aborda e enfatiza especificamente áreas relacionadas ao domínio afetivo do conhecimento, foram selecionadas para estudo mais detalhado, de acordo com seus conteúdos, as disciplinas de humanidades (DH) - Ciências Sociais, História da Medicina, Psicologia e Bioética e as disciplinas que interagem com as ciências humanas (DICH) - Bioestatística e Epidemiologia, Pediatria Social, Psicologia do Desenvolvimento, Saúde Pública e Administração dos Serviços de Saúde Pública e Organização da Assistência Médica.

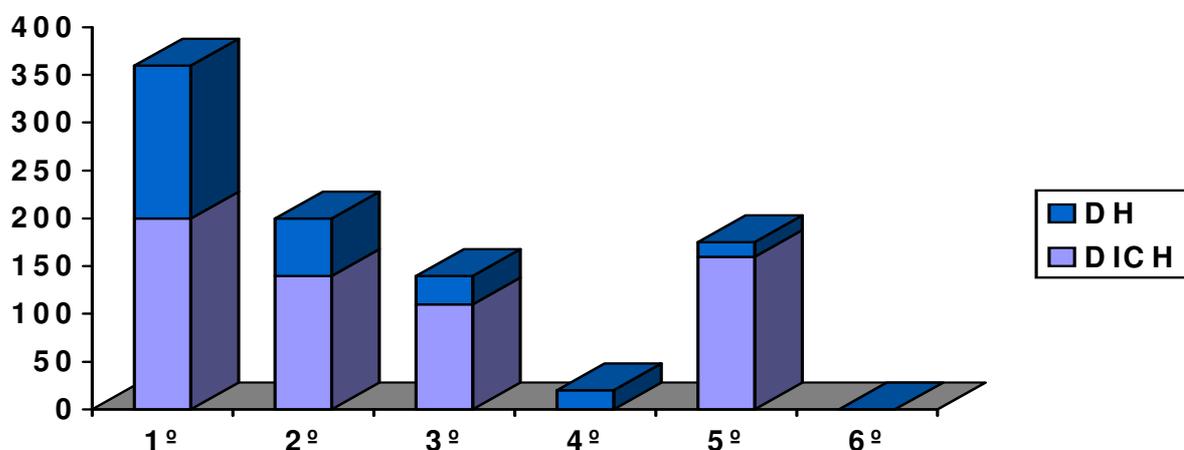
A distribuição das DH e DICH nos anos de graduação, suas cargas horárias e porcentagens de ensino em relação à carga horária total do ensino da graduação podem ser observadas nos quadros 2 e 3.

Quadro 2: Carga horária das DH e DICH segundo o ano de graduação, FCMSCSP, 2008.

ANO	DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA (h)
1°	Ciências Sociais	120
	História da Medicina	40
	Bioestatística e Epidemiologia	80
	Psicologia Médica I	120
2°	Psicologia Médica II	60
	Bioestatística e Epidemiologia II	140
3°	Pediatria Social	60
	Psicologia do Desenvolvimento	30
	Administração dos Serviços de Saúde Pública e Organização da Assistência Médica	50
4°	Bioética	20
5°	Bioética	15
	Saúde Pública	160
6°	—	—

Disponível em: http://www.fcmscp.edu.br/fcm.php?sit_id=39&sgr_id=2

Gráfico 1: Carga horária das DH e DICH segundo o ano de graduação, FCMSCSP, 2008.



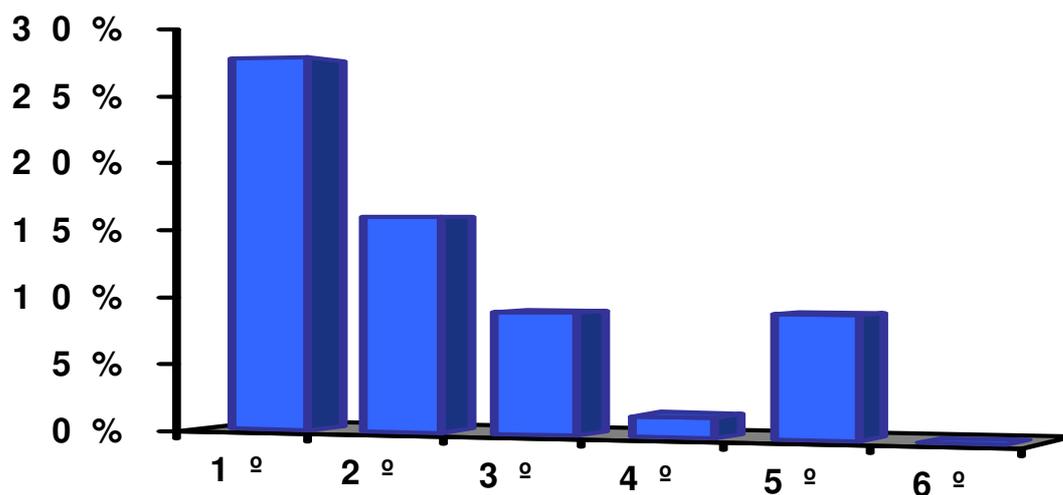
Disponível em: http://www.fcmscsp.edu.br/fcm.php?sit_id=39&sgr_id=2

Quadro 3: Carga horária das DH e DICH e sua porcentagem em relação à carga horária total por ano de graduação, FCMSCSP, 2008.

ANO	Carga Horária				% relativa a DH e DICH
	DH	DICH	DH+DICH	TOTAL	
1º	280	80	360	1275	28
2º	60	140	200	1270	16
3º	30	110	140	1545	9
4º	20	0	20	1540	1,5
5º	15	160	175	2000	9
6º	0	0	0	2040	0
	405	500	905	9670	9,5

Disponível em: http://www.fcmscsp.edu.br/fcm.php?sit_id=39&sgr_id=2

Gráfico 2: Porcentagem da carga horária das DH e DICH em relação à carga horária total por ano de graduação, FCMSCSP, 2008.



Disponível em: http://www.fcmscsp.edu.br/fcm.php?sit_id=39&sgr_id=2

Além dos conteúdos, as DH e DICH foram avaliadas em relação aos objetivos, método de ensino e critérios de avaliação descritos em seus programas oficiais.

OBJETIVOS DAS DISCIPLINAS

Todas as disciplinas selecionadas apresentam, em seus programas, objetivos relacionados à ampliação da visão do aluno sobre aspectos da medicina, para além da compreensão limitada do indivíduo e da doença. No entanto, apenas as disciplinas Psicologia Médica I e II, Pediatria Social e Psicologia do Desenvolvimento demonstram claramente a intenção de ensinar habilidades para a prática humanizada da medicina. Como exemplo, Psicologia Médica II tem entre seus objetivos: “... estabelecer com o paciente uma comunicação dentro de princípios éticos, mantendo com o mesmo uma relação humanizada”.

As disciplinas Psicologia Médica I e II apresentam em seus objetivos a preocupação com o desenvolvimento do aluno em suas relações com: a escola médica, naquelas

características que a diferem do ensino médio (sistema de ensino, ambiente hospitalar, animais de laboratório, peças de anatomia etc.); o contato com pacientes nas enfermarias durante aulas de enfermagem e propedêutica; o desenvolvimento de auto-avaliação de desempenho na observação do paciente em sua relação com a doença; o estabelecimento de comunicação adequada e relação humanizada.

A disciplina Pediatria Social tem entre seus objetivos o estudo global da criança e do adolescente, de sua família e comunidade, o desenvolvimento de medidas de promoção de saúde, a busca de recursos na comunidade, a discussão de políticas e projetos de assistência à criança e ao adolescente, com ênfase na abordagem da estrutura familiar e as conseqüências de sua desagregação.

A disciplina Psicologia do Desenvolvimento, por sua vez, separa seus objetivos de acordo com os campos de conhecimento cognitivos, psicomotores e afetivos. Descreve a valorização dos aspectos psicológicos nas relações entre médico e paciente e enfatiza a observação do discurso familiar e do comportamento da criança que indiquem, na consulta médica, a necessidade de investigação psicológica familiar.

MÉTODO DE ENSINO

A maior parte das disciplinas estudadas, segundo a categorização de Ojeda e Alcalá¹⁸, se encontra nas categorias 1 e 2 simultaneamente, ou seja, desenvolvem atividades didáticas centradas no conteúdo (aulas expositivas, palestras e conferências) e atividades que articulam o objeto de estudo com o campo profissional (atividades práticas em cenários reais). Apenas a disciplina Psicologia do Desenvolvimento se enquadra também na categoria 3 por descrever em sua metodologia atividades práticas de entrevistas com pacientes escolhidos, organização dos dados e discussão das entrevistas com ajuda do supervisor para posterior apresentação dos resultados e discussão em grupo. Esses resultados estão dispostos no quadro 4.

Quadro 4: Categorização do método de ensino das DH e DICH segundo Ojeda e Alcalá, FCMSCSP, 2008.

Ensino centrado no conteúdo (categoria 1).	História da Medicina, Psicologia Médica I e Pediatria Social.
Articula conteúdo com prática (categoria 2).	Ciências Sociais, Bioestatística e Epidemiologia I e II, Psicologia Médica II, Bioética e Administração dos Serviços de Saúde Pública e Organização da Assistência Médica.
Articula conteúdo com desenvolvimento de habilidades e auto-aprendizagem (categoria 3).	Psicologia do Desenvolvimento.

Disponível em: http://www.fcmscsp.edu.br/fcm.php?sit_id=39&sgr_id=2

Em relação à diversificação dos cenários de atividades práticas, a maioria das disciplinas não cumpre essa orientação, realizando suas atividades preferencialmente em sala de aula. São exceções as disciplinas de Ciências Sociais, Bioestatística e Epidemiologia I e II e Saúde Pública. Ciências Sociais tem atividades em unidades básicas de saúde e unidades de programa de saúde da família, visitas na comunidade e visitas domiciliares. Bioestatística e Epidemiologia I e II promovem visitas a locais de produção de informação, pesquisa e manipulação de dados em saúde no 1º ano e, no 2º. ano, levantamento epidemiológico de base populacional com participação dos alunos em todas as etapas de uma investigação (planejamento, coleta de dados, análise e relatório final). Saúde Pública realiza suas atividades práticas de assistência em consultório, visita domiciliar e em grupos de saúde da mulher, do adulto e da criança, no programa saúde da família e na vigilância epidemiológica.

As disciplinas que explicitam em seus programas ações de integração interdisciplinar são: Ciências Sociais, História da Medicina, Psicologia Médica I e II, Pediatria Social, Psicologia do Desenvolvimento e Saúde Pública. Embora neste estudo a investigação a respeito de integração multidisciplinar tenha sido situada principalmente em metodologia, algumas disciplinas apresentam descrição clara desse aspecto em seus objetivos.

As disciplinas de Ciências Sociais, História da Medicina, Bioética e Psicologia, participam de painéis interdisciplinares a cada bimestre, organizados pela disciplina de

Ciências Sociais segundo consta em seu programa. Nesses painéis há a participação de outras disciplinas que não se enquadram nas DH ou DICH como Propedêutica e Noções de Enfermagem.

Todas as disciplinas estudadas demonstram em seus programas a intenção de estimular a crítica, a reflexão e o desenvolvimento de habilidades para julgamento moral nos alunos.

Observou-se, no entanto, grande diferença entre as disciplinas estudadas em relação à divisão dos alunos em grupos para as atividades práticas, discussões e seminários. As disciplinas que descrevem a divisão dos alunos em grupos pequenos (considerados aqui com número menor de 13) são: Bioestatística e Epidemiologia I, Psicologia Médica II e Psicologia do Desenvolvimento. Já Ciências Sociais, Pediatria Social, Bioética e Administração dos Serviços de Saúde Pública e Organização da Assistência Médica não mencionam, sem seus programas, como é feita essa divisão de grupos.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Todas as disciplinas estudadas avaliam diferentes aspectos do processo de aprendizagem: memorização de conteúdo discutido em aulas teóricas, preparo de seminários e outros trabalhos, envolvimento do aluno nas discussões teóricas, participação em atividades práticas, comportamento ou atitude pessoal etc. A avaliação desses componentes, no entanto, é descrita de maneira bem diversa nos programas.

O valor determinado para os domínios cognitivo, psicomotor e afetivo do conhecimento foi analisado de acordo com o peso que cada disciplina determina para a avaliação de cada atividade desenvolvida. A investigação documental revelou, nesse sentido, quatro situações distintas: disciplinas que valorizam mais a prova teórica do que as demais atividades; disciplinas que valorizam de maneira diferenciada provas, trabalhos ou seminários e participação dos alunos nas atividades; disciplinas que determinam valor igual para as diversas atividades e disciplinas que não especificam valor para as atividades ou nem descrevem como é feita a avaliação do aluno.

Dentre as que determinam maior valor (peso) para as provas estão: Ciências Sociais, Pediatria Social, Psicologia do Desenvolvimento, Bioética, Administração dos Serviços de Saúde Pública e Organização da Assistência Médica e Saúde Pública. A disciplina Psicologia do Desenvolvimento determina peso 4 para prova, peso 2 para participação em aula e peso 4 para relatório final das atividades.

A disciplina Bioestatística e Epidemiologia I discrimina as atividades determinando peso 3 à atitude do aluno (que inclui participação em aula, realização de exercícios,

pontualidade e participação em discussões) e à apresentação oral do trabalho, e peso 2 aos relatórios parciais do trabalho de conclusão e também ao trabalho final. Bioestatística e Epidemiologia II confere valor igual para todas as atividades, distribuídas em provas, trabalhos práticos e consolidado de relatórios de atividades de classe.

História da medicina, Psicologia I e II avaliam as atividades de forma discriminada, porém não declaram o valor determinado para cada atividade. As disciplinas Ciências Sociais, Bioestatística e Epidemiologia I e Saúde Pública, por sua vez, descrevem em seus programas valorização de atividades relacionadas ao domínio afetivo do conhecimento, tais como: participação em aula, envolvimento em atividades práticas, apresentação oral e assistência a pacientes durante atividades práticas.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que as DH e as DICH são mais concentradas nos primeiros anos da graduação da FCMSCSP conforme o que ocorre nas demais escolas médicas brasileiras ¹². Embora apresente um número maior de DH que a maioria das escolas brasileiras e tenha ensino formal de Bioética até o 5º. ano da graduação, a carga horária anual da soma das DH sofre um declínio de 280 h, no início da graduação, para apenas 15 h no 5º. ano. No último ano, quando o aluno está mais próximo de completar sua formação e atuar como médico fora dos muros da faculdade, não existem DH ou DICH na programação curricular oficial.

Outro ponto que merece atenção é o fato de seis DH e DICH serem subordinadas ao Departamento de Medicina Social. Essa observação suscita o questionamento acerca do quanto há de integração entre disciplinas que tratam dos aspectos mais humanistas da medicina e outras cujo enfoque é mais biomédico. Em contrapartida, embora não tenha sido o enfoque da avaliação curricular, observa-se também que várias disciplinas da graduação, que não são DH ou DICH, são coordenadas de maneira conjunta por docentes de dois ou mais departamentos diferentes com a finalidade de integrar conhecimentos de áreas diferentes da medicina.

Apesar de o método de ensino da FCMSCSP ainda ser tradicional, as DH e as DICH se caracterizam por ter, em seus objetivos, compromisso com a formação voltada para a prática humanizada da medicina. O método de ensino é muito variado entre as disciplinas: todas demonstram, em seus programas, preocupação com o estímulo à crítica, à reflexão e ao julgamento moral, mas somente algumas delas com a integração multidisciplinar.

As tendências de mudanças curriculares, no que diz respeito aos métodos de ensino-aprendizagem participativos e sem divisão didática do conhecimento em disciplinas, como o método da aprendizagem baseada em problemas (sigla em inglês: PBL), podem favorecer o treinamento do aluno para a prática humanizada, o que, porém, não é garantido apenas pela escolha do modelo de ensino ⁴. Algumas das escolas que adotaram esse modelo de ensino, ao descrevem em seus currículos os assuntos abordados em cada módulo, também apresentaram maior concentração de discussões relacionadas aos aspectos humanos da prática médica nos primeiros anos da graduação ¹.

Alguns autores envolvidos com as mudanças nos modelos de educação médica e com avaliação institucional questionam, no entanto, a efetividade da alteração do método de ensino quando o processo não encerra, conjuntamente, transformações ideológicas fundamentais na comunidade universitária ^{22,23}. Toda mudança deve partir de movimentos de transformação iniciados no interior da instituição, com o envolvimento de participantes de todos os níveis do processo educativo, baseando-se em percepções, estudos, comparações, erros e acertos ajustados no decorrer de todo processo.

A análise referente à diversificação dos cenários de atividades práticas mereceu bastante atenção, uma vez que, na FCMSCSP, as salas de aula e a maior parte dos locais de atividade acadêmica se situam dentro dos muros do hospital central. O aluno tem oportunidade de freqüentar, desde o primeiro ano, diversas enfermarias, o Centro de Saúde Escola e ambulatórios, além das salas de aula e laboratórios. Algumas disciplinas, no entanto, limitam suas atividades às salas de aula ou a apenas mais outro local para atividade prática, não sendo, portanto, incluídas no grupo caracterizado por contemplar a diversificação de cenários.

Na análise dos programas de algumas disciplinas, observou-se a falta de coerência, especificamente, no que tange ao critério de avaliação descrito, que valoriza apenas os aspectos cognitivos do processo de ensino-aprendizagem, mesmo quando os objetivos abrangem a visão ampliada da medicina, o conteúdo demonstra preocupação evidente com a formação humanista dos alunos e os métodos de ensino são mais inovadores. Cabe, no entanto, a ressalva de que, nos programas, não há descrições detalhadas das provas de avaliação dos alunos e, por isso, a análise feita neste estudo interpretou apenas o peso dado às diferentes atividades realizadas nas disciplinas.

Além disso, a descrição pouco detalhada que algumas disciplinas fazem de seus conteúdos, objetivos, métodos e avaliação merece destaque. Esse fato deixa transparecer a limitada preocupação em demonstrar com clareza o processo que envolve o ensino, mesmo

nas disciplinas que têm o maior potencial de exercer influência na capacitação para as habilidades afetivas dos futuros médicos.

Merecem atenção algumas atividades relacionadas ao ensino oficial dos alunos, mas que não se encontram descritas nos documentos curriculares. O Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, lançado em 2005 pelo Ministério da Saúde e da Educação ²⁴, foi iniciado na FCMSCSP com participação dos alunos desde 2007. As atividades ocorrem em unidades de programa de saúde da família, com supervisão de professores tutores que introduzem o primeiranista (a partir de 2008, os alunos de segundo ano tiveram continuidade nesse programa) no contato com a atenção básica realizada fora dos muros do hospital. O Pró-Saúde apresenta, em suas características, potencial para melhorar a educação médica relacionada às necessidades reais da população e fortalecer o exercício da visão ampliada da saúde pelos alunos.

Outra atividade recente, ausente no currículo formal, é a avaliação prática dos alunos do 6º. ano, que ocorreu pela primeira vez no final de 2007. Foi aplicado o exame clínico objetivo estruturado (sigla em inglês: OSCE) por meio de rodízio dos alunos em estações onde havia simulação de situações práticas. Um professor examinador, através de um *checklist* específico para cada situação, registrava o desempenho do aluno. Além de possibilitar a avaliação dos três domínios do conhecimento, esse método reproduz situações reais e amplia a capacitação dos alunos para as habilidades examinadas ¹⁷.

Os núcleos de apoio ao ensino presentes na FCMSCSP têm funções de estimular a capacitação docente, aprimorar o currículo e o sistema de ensino, modernizar instalações e apoiar os corpos docente e discente nas dificuldades enfrentadas nos processos de ensino e nas atividades assistenciais. No entanto, as atividades e a participação de alunos e docentes nesses núcleos em relação à construção do ensino na FCMSCSP merecem ainda uma análise mais profunda para que se possa determinar a dimensão do valor desses instrumentos no processo pedagógico.

Uma pesquisa realizada na FCMSCSP em 2003 ²⁵, que analisou a sensibilidade ética dos estudantes da graduação, concluiu que os alunos apresentaram aumento da sensibilidade ética de forma gradativa, ao longo dos seis anos. Na discussão dos resultados, contrários ao que se observa na literatura mundial a esse respeito, os autores aventam a hipótese de haver uma associação entre a maior sensibilidade ética e a estrutura curricular da faculdade, pela maior ênfase dada aos aspectos psicossociais ao longo da formação do estudante. Sugerem que tais achados podem reforçar a proposta de que os currículos nas faculdades de medicina incluam o estudo e a discussão de questões éticas durante todos os anos da graduação.

Embora focalizada na sensibilidade ética e não na prática humanizada das ações dos alunos, essa pesquisa chama a atenção para a importância de outros aspectos relacionados à formação dos alunos que não são explícitos nos documentos curriculares.

Ao ser admitido na escola médica, o aluno traz consigo uma carga de valores relacionados aos seus aprendizados adquiridos na família, na escola e em seu meio social. Embora verifiquem os conhecimentos memorizados dos candidatos, os exames vestibulares não levam em conta suas habilidades psicomotoras e, menos ainda, seus valores morais e seu comportamento. A capacitação dos alunos, na faculdade, deve, então, contemplar todos os domínios do conhecimento, para que os médicos formados possam suprir as necessidades médicas da sociedade de maneira adequada.

O presente estudo limitou-se à análise do currículo formal apresentado oficialmente nos programas das disciplinas. Muitos outros aspectos podem, contudo, influir na capacitação do aluno para a prática humanizada, de forma positiva ou mesmo negativa. Vale salientar a influência exercida no aluno pelo currículo oculto da escola, que inclui elementos da história da instituição, características da assistência e atitudes dos profissionais e docentes em suas atividades.

O currículo informal tampouco foi discutido neste momento, mas suas características devem aprofundar a análise e a compreensão de como se processa a formação humanista dos alunos durante a graduação. Como exemplos, poderiam ser citadas, por fim, a participação dos alunos em atividades extracurriculares e a representatividade discente nas decisões importantes relacionadas ao ensino na faculdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Cadastro das instituições de educação superior [homepage na internet]. Brasil: Ministério da Educação [atualizado em 16 junho 2008; acesso em 16 jun 2008]. Disponível em: <http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/curso.stm>
2. Almeida Filho N. Universidade nova: textos críticos e esperançosos. Brasília: UnB/Salvador: Edufba; 2007.
3. Maia JA. Formação humanística no ensino superior em saúde: intencionalidades e acasos. In: Batista NA, Batista SH, Abdalla IG. Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte e Ciência; 2005. p.39-53.
4. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2002.
5. Arnold L. Assessing Professional Behavior: yesterday, today and tomorrow. *Academic Medicine*, 2002; 77 (6): 502-14.
6. Grosseman S, Patrício ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a promoção da educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2004; 28 (2): 99-104.
7. Conrad P. Learning to doctor: reflections on recent accounts of the medical school years. *J Health Soc Behav*, 1988; 29 (4): 323-332.
8. Bellodi PL. Retaguarda emocional para o aluno de medicina da Santa Casa de São Paulo (REPAM): realizações e reflexões. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31 (1): 5-14.
9. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov 2001; Seção 1, p.38.

10. Ribeiro RJ (organizador). Humanidades: um novo curso na USP. São Paulo: EDUSP; 2001. Apresentação do organizador; p.11-29.
11. Pereira RTMC. O ensino da medicina através das humanidades médicas: análise do filme *And the band played on* e seu uso em atividades de ensino/aprendizagem em educação médica. [tese de doutorado]. São Paulo: FMUSP; 2005.
12. Gallian DMC. As humanidades e o ensino em ciências da saúde. In: Batista NA, Batista SH, Abdalla IG (organizadores). *Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas*. São Paulo: Arte e Ciência; 2005. p. 71-79.
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1988.
14. Minayo MC de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
15. CEDEM – Centro de Desenvolvimento de Educação Médica “Prof. Eduardo Marcondes” [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/cedem/hum/disciplinas.php>
16. Ojeda MC, Alcalá MT. La enseñanza en las aulas universitarias. Una mirada desde las cátedras: aspectos curriculares que inciden en las prácticas pedagógicas de los equipos docentes. *Rev Iberoamericana de Educación* [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 3 jun 2008]; 34 (1): 10p. Disponível em: www.rieoei.org/deloslectores/765Ojeda.PDF
17. Troncon LE de A. Avaliação de habilidades clínicas: os métodos tradicionais e o modelo “OSCE”. *Olho Mágico* [periódico na internet]. 2001 [acesso em 9 set 2007]; 8 (1). Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n1/osce.htm>
18. Grisi SJFE. A avaliação e o processo de formação do médico [editorial]. *Pediatria (São Paulo)*. 2004; 26 (4): 217-8.

19. Guibu IA. Ensino médico e serviços de saúde: a experiência da Santa Casa de São Paulo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: FMUSP; 1986.
20. Athie E. Faculdade de ciências médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo: Massao Ohno Ed.; 1998.
21. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo [homepage na internet]. Currículo e Núcleos [acesso em 14 mar 2007]. Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/index.php>
22. Feuerwerker LCM, Sena RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. Interface. 2002; 6 (10): 37-50.
23. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
24. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Portaria interministerial nº. 2101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde. Diário Oficial da União. 4 nov 2005; Seção 1:212.
25. Silva JTN, Miranda D de, Marcolino JAM, Muñoz DR. Medida da sensibilidade ética em estudantes de medicina: um estudo na faculdade de medicina da Santa Casa de São Paulo. Rev Bras Educ Med. 2005; 29 (2): 103-109.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de aprendizagem, complexo e multifacetado, envolve os domínios cognitivo, afetivo e psicomotor em qualquer área do conhecimento. Na medicina, as competências esperadas do médico formado incluem conhecimentos teóricos, habilidades técnicas para realização de procedimentos clínicos e diagnósticos e atitudes que proporcionem uma adequada relação com seus pacientes. Esses três aspectos devem, necessariamente, se articular para a resolução dos problemas enfrentados na prática médica. Contudo, o ensino de medicina, tradicionalmente, enfatiza os campos cognitivo e psicomotor. O lado afetivo é desvalorizado como se fosse uma condição automática que os candidatos à medicina já possuam as aptidões necessárias para esse aspecto da prática profissional.

As diretrizes curriculares lançadas em 2001 reforçam a necessidade de planejar o currículo das escolas de medicina, considerando muitos aspectos da formação que não são preconizados pelo modelo de ensino tradicional. Entre as recomendações, nota-se grande preocupação com o alargamento da visão do médico, estendendo-se das questões biomédicas, tradicionalmente aprendidas na graduação, à complexidade que envolve as situações de doença e a prática humanizada da medicina. No entanto, a humanização da prática médica também abrange aspectos da área da saúde referentes a políticas de saúde, organização de serviços e assistência e, nesse sentido, muitas ações têm sido implementadas com essa finalidade. Mas, para que as ações planejadas sejam viáveis e efetivas, os atores que participam de cada um desses níveis devem ser capacitados e motivados. Essa capacitação deve começar na formação dos profissionais da saúde.

A análise realizada neste estudo, envolvendo as disciplinas de humanidades e as que interagem com as ciências humanas, da FCMSCSP, aborda uma fração pequena da capacitação dos alunos desta escola para a prática humanizada da medicina. No entanto, mesmo restrita ao currículo formal, muitas informações significativas puderam ser salientadas nesta investigação.

Um exame dos currículos das escolas de medicina, disponíveis na internet, pode ampliar a compreensão de como as transformações curriculares vêm ocorrendo na maioria dessas instituições. Em grande parte, são escolas novas, que já iniciam suas atividades buscando um modelo de ensino que integre os campos de conhecimento, a fim de colocar os alunos em contato com os diversos problemas da medicina de maneira integral, sem separar os assuntos em disciplinas e departamentos. Muitas delas detalham os assuntos a serem abordados em módulos temáticos, mas pode-se observar que, a exemplo das escolas de

método tradicional, os temas relacionados à humanização se concentram nos primeiros anos da graduação, quando o aluno ainda está distante temporalmente da prática profissional. De todo modo, a motivação para a escolha de metodologias modernas de ensino deve ser submetida a uma reflexão crítica: as escolas estão, de fato, sendo planejadas para uma educação médica de excelência ou as alternativas ao modelo tradicional facilitam a abertura de novos cursos de medicina?

As adaptações de currículo e método de ensino devem, sempre, ser buscadas para o aprimoramento da formação dos futuros médicos, desde que guiadas por processos de avaliação e planejamento adequados às realidades sociais e institucionais, que se transformam continuamente. Mas a preocupação com a formação humanística dos alunos não deve se restringir apenas ao método de ensino: é fundamental que a abordagem das disciplinas ou dos temas modulares relacionados às humanidades seja mais bem distribuída na graduação, inclusive durante o internato.

Na FCMSCSP, a organização dos programas curriculares de maneira a detalhar os objetivos, métodos e critérios de avaliação e o cumprimento das intenções dispostas documentalmente poderiam ser uma etapa da estratégia de aprimoramento do ensino e de auto-avaliação contínua das disciplinas.

Como as mudanças nos métodos de ensino, de acordo com os preceitos das diretrizes, têm características amplas, a imposição de transformações corre o risco de resultar em fracasso. Conforme alguns autores citados ressaltam, as mudanças devem emergir de dentro das instituições, de forma gradual. Portanto, elas só podem acontecer, efetivamente, se as pessoas envolvidas no ensino – professores, alunos, funcionários e direção - estiverem participando desse movimento. Para tanto, a capacitação permanente dos professores em processos de educação pode se configurar como caminho natural para que as transformações necessárias surjam a partir de propostas viáveis e adequadas às características próprias da FCMSCSP.

Diversas recomendações ligadas aos métodos de ensino têm sido fartamente divulgadas na literatura relacionada à educação médica e nos congressos da área. Muito pode ser feito, mas nem todas as propostas são viáveis para todas as instituições. Neste estudo, as duas atividades mais recentes citadas nos resultados, mas que não se encontravam descritas formalmente no programa curricular, sinalizam para um avanço no ensino dos alunos: o Pró-Saúde e a avaliação prática dos alunos do 6º. ano (OSCE). O envolvimento dos professores dos diversos departamentos da faculdade, nessas atividades, deve ser fomentado a fim de

fortalecer a integração entre as disciplinas e ampliar a motivação para a busca de estratégias que consolidem a adequada formação humanística dos alunos.

6. ANEXO I - CURRÍCULO DA GRADUAÇÃO DA FCMSCSP

1º Série

Disciplina	Total
Anatomia I	145
Biofísica	100
Bioquímica	200
Ciências Sociais Aplicadas à Medicina	120
Embriologia e Evolução I	100
Epidemiologia e Bioestatística I	80
Histologia e Citologia	180
História da Medicina	40
Noções de Enfermagem e Primeiros Socorros	100
Propedêutica Clínica I	50
Psicologia Médica I	120
Tecnologia da Informação	40
TOTAL	1275

2º Série

Disciplina	Total
Anatomia e Neuroanatomia	320
Embriologia e Evolução II	60
Epidemiologia e Bioestatística II	140
Farmacologia I	80
Fisiologia	350
Genética Médica	60
Introdução à Patologia Geral e aos Mecanismos de Agressão e Defesa	60
Propedêutica Clínica II	140
Psicologia Médica II	60
TOTAL	1270

3º Série

Disciplina	Total
Administração dos Serviços de Saúde Pública e Organização da Assistência Médica	60
Anatomia e Patologia dos Órgãos e Sistemas	100
Farmacologia II	50
Imunologia	60
Medicina do Trabalho	80
Microbiologia	110
Otorrinolaringologia Geral	40
Parasitologia	120
Patofisiologia	80
Pediatria Social	60
Processos Patológicos Gerais	160
Propedêutica Obstétrica e Ginecológica	90
Propedêutica Pediátrica	90
Psicologia do Desenvolvimento e Psicopatologia Geral	90
Sistema Córdio-Vascular	180
Sistema Respiratório	110
Sistema Urinário	160
TOTAL	1640

4º Série

Disciplina	Total
Anatomia Patológica dos Órgãos e Sistemas II	192
Bases da Anestesiologia e Tratamento da Dor	40
Bases da Técnica Cirúrgica	40
Cirurgias de Urgência	60
Farmacologia III	70
Ginecologia e Obstetrícia	140
Hematologia e Oncologia	130
Medicina de Reabilitação	40
Medicina Intensiva	40
Medicina Legal e Bioética	80
Moléstias Infecciosas e Parasitárias	120
Oftalmologia	40
Ortopedia e Traumatologia	80
Psiquiatria e Psicologia Médica	100
Sistema Articular	80
Sistema Digestivo	150
Sistema Endocrinológico	100
Sistema Nervoso	130
Sistema Tegumentar	80
Uso Racional de Medicamentos	24
TOTAL	1736

5º Série

Disciplina	Total
Departamento de Cirurgia	320
Departamento de Clínica Médica	520
Departamento de Obstetrícia e Ginecologia	320
Departamento de Ortopedia e Traumatologia	160
Departamento de Pediatria e Puericultura	520
Saúde Pública	160
TOTAL	2000

6º Série

Disciplina	Total
Eletivo	280
Emergências em Cirurgia	180
Emergências em Clínica Médica	360
Emergências em Endoscopia	40
Emergências em Infectologia	180
Emergências em Obstetrícia e Ginecologia	180
Emergências em Oftalmologia	40
Emergências em Ortopedia e Traumatologia	120
Emergências em Otorrinolaringologia	120
Emergências em Pediatria e Puericultura	140
Emergências em Pronto Socorro Infantil	140
Emergências em UTI de Adultos	180
Emergências em UTI Infantil	80
TOTAL	2040

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feuerwerker LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface*. 2005; 9 (18): 489-505.
2. Almeida MJ. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. *Interface*. 1999; 3 (4): 123-132.
3. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
4. Nunes ED (organizador). Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989.
5. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2002.
6. Minayo MCS. Sobre o humanismo e a humanização. In: Deslandes SF (organizadora). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 23-30.
7. Abbagnano N. *Dicionário de Filosofia*. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
8. Goldenstein E. *O fator humano na prática médica: pesquisa com pediatras intensivistas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
9. Bonet O. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
10. Deslandes SF (organizadora). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. *Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica*; p.33-47.
11. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15 (3): 647-54.

12. Milnitsky-Sapiro C. As teorias de desenvolvimento sociomoral e a formação dos profissionais de saúde. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M (organizadores). Bioética: riscos e proteção. Rio de Janeiro: UFRJ/Fiocruz; 2005. p.177-192.
13. Sambuy MTC, Barros NP, Nogueira RM, Mathias LAS, Marcolino JAM. Análise da sensibilidade ética em estudantes de duas faculdades de medicina da cidade de São Paulo. Arq Med Hosp Fac Med Santa Casa. 2006; 51 (1): 14-22.
14. Silva JTN, Miranda D, Marcolino JAM, Muñoz DR. Medida da sensibilidade ética em estudantes de medicina: um estudo na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Rev Bras de Educ Médica. 2005; 29 (2): 103-9.
15. Akabayashi A, Slingsby BT, Kai I, Nishimura T, Yamagishi A. The development of a brief and objective method for evaluating moral sensitivity and reasoning in medical students. BMC Medical Ethics [periódico na internet]. 2004 [Acesso em 15 dez 2006]; 5 (1): 1-7. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/5/1>.
16. Zanolli MB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins JN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (organizadores). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2006. p. 224-44.
17. Arnold L. Assessing Professional Behavior: yesterday, today and tomorrow. Academic Medicine, 2002; 77 (6): 502-14.
18. Arcoverde TL. Formação médica: (des)construção do sentido da profissão – a trajetória da representação social. [dissertação de mestrado]. Blumenau: Universidade Regional de Blumenau; 2004.
19. Lima-Gonçalves E. Médicos e ensino da medicina no Brasil. São Paulo: Edusp; 2002.
20. Figueiredo ESA de. Reforma do ensino superior no Brasil: um olhar a partir da história. Rev da UFG [periódico na internet]. 2005 [acesso em 18 jun 2008]; 7 (2) Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/45anos/C-reforma.html

21. Ros MA. A ideologia nos cursos de medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (organizadores). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2006. p. 224-44.
22. Almeida Filho N. Universidade nova: textos críticos e esperançosos. Brasília: UnB/Salvador: Edufba; 2007.
23. ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br>
24. INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Cadastro das instituições de educação superior [homepage na internet]. Brasil: Ministério da Educação [atualizado em 16 junho 2008; acesso em 16 jun 2008]. Disponível em: <http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/curso.stm>
25. Westphal MF, Almeida ES (organizadores). Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: Edusp; 2001.
26. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES [homepage na internet]. Brasil; c2007 [atualizado em 16 jun 2008; acesso em 16 jun 2008]. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/>
27. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov 2001; Seção 1, p.38.
28. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002. Resenha de: Rego, S. Interface. 2003; 7 (12): 169-70.
29. ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva [homepage na internet]. Brasil; c2006 [acesso em 16 jun 2008]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/>
30. Rede UNIDA [homepage na internet]. Brasil; 2007 [atualizado em 28 dez 2007; acesso em 16 jun 2008]. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/index.asp>

31. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
32. Pereira RTMC. O ensino da medicina através das humanidades médicas: análise do filme *And the band played on* e seu uso em atividades de ensino/aprendizagem em educação médica. [tese de doutorado]. São Paulo: FMUSP; 2005.
33. Ribeiro RJ (organizador). Humanidades: um novo curso na USP. São Paulo: EDUSP; 2001. Apresentação do organizador; p.11-29.
34. Coelho T. A Cultura como experiência. In: Ribeiro RJ (organizador). Humanidades: um novo curso na USP. São Paulo: EDUSP; 2001. p.65-101.
35. Gallian DMC. As humanidades e o ensino em ciências da saúde. In: Batista NA, Batista SH, Abdalla IG (organizadores). Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte e Ciência; 2005. p. 71-79.
36. Maia JA. Formação humanística no ensino superior em saúde: intencionalidades e acasos. In: Batista NA, Batista SH, Abdalla IG (organizadores). Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte e Ciência; 2005. p.39-53.
37. Bellodi PL, Martins M de A. Tutoria: mentoring na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
38. Rego S, Costa-Macedo L. Subsídios para educação moral nos cursos de graduação em saúde. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M (organizadores). Bioética: riscos e proteção. Rio de Janeiro: UFRJ/Fiocruz; 2005. p. 193-210.
39. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo [homepage na internet]. Currículo e Núcleos [acesso em 14 mar 2007]. Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/index.php>
40. Guibu IA. Ensino médico e serviços de saúde: a experiência da Santa Casa de São Paulo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: FMUSP; 1986.
41. Lacaz CS. A história da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev da Soc Bras de História da Ciência. 1989; 4: 59-60.

42. Athie E. Faculdade de ciências médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo: Massao Ohno Ed.; 1998.
43. Hungria Filho JS. Memórias da Misericórdia. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
44. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1988.
45. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
46. CEDEM – Centro de Desenvolvimento de Educação Médica “Prof. Eduardo Marcondes” [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/cedem/hum/disciplinas.php>
47. Ojeda MC, Alcalá MT. La enseñanza en las aulas universitarias. Una mirada desde las cátedras: aspectos curriculares que inciden en las prácticas pedagógicas de los equipos docentes. Rev Iberoamericana de Educación [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 3 jun 2008]; 34 (1). Disponível em: www.rieoei.org/deloslectores/765Ojeda.PDF
48. Grisi SJFE. A avaliação e o processo de formação do médico [editorial]. Pediatría (São Paulo). 2004; 26 (4): 217-8.
49. Troncon LE de A. Avaliação de habilidades clínicas: os métodos tradicionais e o modelo “OSCE”. Olho Mágico [periódico na internet]. 2001 [acesso em 9 set 2007]; 8 (1). Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n1/osce.htm>

FONTES CONSULTADAS

Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 291 p.

Becker HS, Geer B, Hughes EC, Strauss AL. Boys in white: student culture in medical school. 11 ed. New Brunswick (USA): Transaction Publishers; 2008.

Bellodi PL. Retaguarda emocional para o aluno de medicina da Santa Casa de São Paulo (REPAM): realizações e reflexões. Rev Bras Educ Med. 2007; 31 (1): 5-14.

Boltanki L. As classes sociais e o corpo. 3 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004

Conrad P. Learning to doctor: reflections on recent accounts of the medical school years. J Health Soc Behav, 1988; 29 (4): 323-332.

Cuenca AMB, Andrade MTD, Noronha DP, Ferraz MLEF. Guia de apresentação de teses. 2 ed. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.

Donabedian A, Frenk J. Evaluating physician competence. Bulletin of the World Health Organization: the International Journal of Public Health. 2000; 78 (6): 857-860.

Feuerwerker LCM. Estratégias para a mudança na graduação das profissões da saúde. Cadernos ABEM. 2006; 2: 78-80.

Feuerwerker LCM, Sena RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. Interface. 2002; 6 (10): 37-50.

Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNPAS) [homepage na internet]. Brasil; 2007 [atualizado em 2007; acesso em 20 out 2008]. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br>

Freidson E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. São Paulo: Edusp; 1998.

Gil AC. Metodologia do ensino superior. São Paulo: Atlas; 1990.

Grossemann S, Patrício ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a promoção da educação médica. Rev Bras Educ Med. 2004; 28 (2): 99-104.

Meleiro AMAS. O médico como paciente. 2 ed. São Paulo: Segmento Farma; 2005.

Minayo MCS (organizadora). Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização à Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília (DF), 2001.

Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Organização Pan-americana da Saúde. PROMED - Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina. (projeto). Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/inc.pdf>

Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde - PRÓ-SAÚDE. Brasília; 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização à Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília (DF); 2001.

Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº. 2101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde. Diário Oficial da União. 4 nov 2005; Seção 1:212.

Normatização para apresentação de dissertações e teses. Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2004.

Nunes ED. Sobre a sociologia da saúde: origens e desenvolvimento. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Porter R. (organizador). Cambridge – História Ilustrada da Medicina. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

Rodrigues-Júnior JF. A taxonomia dos objetivos educacionais: um manual para o usuário. 2 ed. Brasília: Ed. UnB; 1997.

Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.

RESUMO

Kertzman NTSM. O ensino de humanidades na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2008.

Introdução: as diretrizes curriculares para o curso de medicina, lançadas em 2001, preconizam a formação humanizada dos médicos. No entanto, em sua maioria, os currículos ainda são baseados no modelo biomédico. **Objetivos:** analisar as disciplinas de humanidades e as que se relacionam ao ensino para a prática médica humanizada na graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, por meio do currículo formal. **Métodos:** foi realizada pesquisa qualitativa através de análise dos programas curriculares. De acordo com o conteúdo foram selecionadas disciplinas de humanidades e que interagem com as ciências humanas. Foi delineada a distribuição dessas disciplinas na graduação e analisados os objetivos, métodos de ensino e critérios de avaliação. **Resultados:** foram encontradas dez disciplinas de humanidades ou que interagem com ciências humanas que se concentram nos primeiros anos da graduação, com objetivos relacionados à prática médica humanizada. Os métodos de ensino são heterogêneos: a maior parte articula o ensino e a prática e se preocupa com integração multidisciplinar; algumas centram o ensino no conteúdo; apenas uma articula conteúdo com desenvolvimento de habilidades e auto-aprendizagem. Em relação à avaliação, a prova é o método mais valorizado. **Conclusões:** a FCMSCSP não alterou radicalmente seu modelo de ensino como muitas escolas médicas brasileiras. Os novos modelos enfatizam a formação humanista dos alunos. As mudanças devem emergir internamente na escola através da modernização dos métodos de ensino das disciplinas, do processo avaliativo e da integração interdisciplinar. O ensino de habilidades para a prática humanizada da medicina deve se tornar um objetivo claro da escola médica ao longo de toda a graduação.

Palavras-chave: educação médica; humanidades; currículo.

ABSTRACT

Kertzman NTSM. O ensino de humanidades na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. /The humanities disciplines at Santa Casa Medical School [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2008.

Background: the curriculum guidelines for the Brazilian medical schools, launched in 2001, emphasize on the humanistic formation of the students. However, most schools still bases the teaching on the biomedical model. The aim of this study was to analyze the medical humanities curriculum in Santa Casa Medical School (FCMSCSP). **Methods:** a qualitative research was conducted through the curriculum analysis. We selected the humanities disciplines and those that interact with the human sciences from the curriculum, according to their contents. The distribution of these disciplines was outlined during the graduation course and the objectives, teaching methods and assessment criteria were analyzed. **Results:** ten medical humanities and human sciences disciplines were found in the early years of graduation with objectives related to humanistic medical practice. The teaching methods are heterogeneous: most articulates the teaching and the medical practice; most is concerned about multidisciplinary integration; some of them focus on the teaching content; one articulates content with the development of skills and self-learning. Regarding the assessment, the test is the most valued. **Conclusions:** the FCMSCSP curriculum was not greatly modified as many Brazilian medical schools. The new medical education models emphasize the importance of the students' humanistic skills. The changes may emerge internally at the school through the modernization of the methods of teaching, the evaluative process and the disciplines integration. The skills related to the humanistic professional practice must become a clear objective of the medical school teaching. **Keywords:** medical education, humanities; curriculum.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)