

Ano 11, Vol XXII, Número 2, jul-dez, 2018, Pág. 248-281.

A FORMAÇÃO MÉDICA HUMANIZADA INTERIOR DA AMAZÔNIA

Andréa Reni Mendes Mardock

Tânia Suely Azevedo Brasileiro

RESUMO: Este texto aborda a formação médica humanizada no interior da Amazônia, a partir de um estudo de caso em Santarém/PA. Seu objetivo buscou conhecer a percepção de discentes, docentes e coordenadora do curso estudado acerca da prática humanizada na formação do futuro médico. A metodologia é de abordagem qualitativa, descritiva, com recorte temporal de 2014 a 2017. Foi realizado estudo documental e empírico, cujos dados foram coletados através de entrevista semiestruturada com a coordenadora e 09 docentes, e do questionário padrão PRAXIS com 87 discentes do referido curso, totalizando uma amostra de 97 participantes. Seu tratado ocorreu pela análise de conteúdo de Bardin (2011). Os resultados demonstram que a região amazônica encontra-se desassistida de médicos para atender ao SUS, o que torna sua formação uma prioridade. Verificou-se também que discentes, docentes e coordenadora do curso pesquisado percebem que a política de humanização está presente no currículo desse curso de medicina, conforme recomendam as DCNs, refletindo numa formação de médicos éticos e humanistas, com consciência da sua importância no contexto da sociedade, o quanto eles podem mudar e contribuir, desde que tenham humanidade de apreender que a 'medicina é uma profissão eminentemente social'. Contudo, identificou-se que as práticas do processo ensino - aprendizagem, legitimadas pela integração da realidade imediata à própria formação inicial, são um grande desafio, principalmente no interior da Amazônia. Sendo essencial à edificação de um SUS para todos e com um atendimento humanizado e de qualidade.

Palavras-chave: Formação Médica. Humanização. Amazônia.

ABSTRACT: This text approaches humanized medical training in the interior of the Amazon, based on a case study in Santarém / PA. Its objective was to know the perception of students, teachers and coordinator of the course studied about the humanized practice in the formation of a future doctor. The methodology is qualitative and descriptive, with a temporal duration from 2014 to 2017. A documentary and empirical study was carried out, with data collected through a semi-structured interview with the coordinator and 09 teachers, and the PRAXIS standard questionnaire with 87 medicine students, totalizing a sample of 97 participants. It's treatises occurred by the content analysis of Bardin (2011). The results show that the Amazon region do not have enough doctors to meet SUS demand, which makes its formation a priority. It was also verified that students, teachers and coordinator of the course studied perceive that the humanization policy is present in the curriculum of this medical course, as recommended by the DCNs, reflecting in a formation of ethical and humanistic doctors, aware of its importance in the context of society, how much they can change and contribute, provided they have humanity to apprehend that 'medicine is an eminently social profession'. However, it was identified that the practices of the teaching-learning process, legitimized by the integration of the immediate reality to the initial formation itself, are a great challenge, mainly in the interior of the Amazon. Being essential to the construction of a SUS for all and with a humanized and quality care.

Keywords: Medical Education. Humanization. Amazonia

ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

Embora a concepção flexneriana¹ (CIUFFO; RIBEIRO, 2008) ainda seja hegemônica na formação médica, tende-se à busca da integralidade no cuidado, baseada no conceito ampliado² de saúde, surgindo como consequências as reformulações curriculares no ensino e iniciativas de mudanças nas políticas públicas desse campo. Tais iniciativas apontam, de certa forma, um abalo na hegemonia dessa concepção, mesmo não sendo convertidas, ainda, em inovações significativas nas práticas em saúde. Afinal, integrar o que há tempos se encontra fragmentado não é tarefa das mais simples.

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde torna-se “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Vem atender as necessidades individuais e coletivas de interesse público, colocando o atendimento à saúde como responsabilidade e dever do Estado, o que vem descrito no artigo 197, pois esta é direito público subjetivo:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado³.

Para atender a esse preceito constitucional, o Sistema Único de Saúde (SUS) do país foi criado pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), no artigo 198 e incisos, pressupondo acesso gratuito a todos os cidadãos, bem como as diretrizes nas quais os governos federal, estadual e municipal devem pautar-se para que seja oferecido um serviço de qualidade.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as

¹ As recomendações do relatório de Flexner (1910), que avaliou as escolas médicas americanas por encomenda do governo, influenciam até hoje os currículos de Medicina e têm, entre outras características, a ênfase na formação de especialistas, o que tem significado a exclusão dos fatores sociais, psicológicos, emocionais, entre outros, na compreensão do processo de adoecimento. Neste artigo, também utiliza-se a expressão "paradigma flexneriano", conforme Mendes (1999).

² O entendimento do conceito saúde é necessário para facilitar o nosso entendimento quanto ao conceito ampliado de saúde no qual o Sistema Único de Saúde está inserido. O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988.

³ BRASIL, 1988, p.73.

atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade⁴.

Ou seja, o SUS é uma formulação política e organizacional que propõe o reordenamento da gestão do serviço de saúde no Brasil, vislumbrando a sistematização e unificação das ações de saúde em todo o território nacional, objetivando a melhoria da saúde oferecida e disponibilizada à população. Estas ações ficam evidenciadas através das competências e atribuições do SUS, presentes no artigo 200 e incisos adjacentes da CF/88:

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; **III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;** IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho⁵.(negrito nosso).

Dentre as várias competências, tem especial destaque o inciso III, que faz menção da precisão de profissionais que tenham formação específica para atuar na área da saúde. Esta é uma discussão que não se esgota na CF/88, mas se alarga para a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual apresenta os desafios para a promoção dos serviços de saúde, objetivando garantir às pessoas e à sociedade condições de conforto físico, mental e social.

Neste contexto, o profissional da área da saúde deverá contemplar em sua atuação o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe (Resolução CES/CNE nº.02, 03/2001 e nº 03/2002). Assim, a identificação das necessidades de saúde das pessoas e da comunidade, ou as necessidades da gestão, serão indicadores do aprendizado, e devem ser considerados e respeitados em função do cuidado às pessoas e coletividades, ou do apoio à gestão da saúde do município.

⁴ Ibid., p. 73.

⁵ Ibid., p.74.

Nesse sentido, a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS aponta caminhos que possibilitam o fortalecimento do diálogo com as instituições formadoras: a implantação dos Pólos de Educação Permanente (BRASIL, 2004a), iniciativa que busca maior interlocução entre gestores, serviços, profissionais, usuários, alunos e professores, integrando saúde e educação; o AprenderSUS (BRASIL, 2004b), iniciativa cujo objetivo é mobilizar os gestores do SUS, da educação superior e do controle social para pensar e propor compromissos entre os setores da saúde e da educação e construir a atenção integral, dos pontos de vista individual e coletivo, propondo-se a garantir a adoção da integralidade como eixo das mudanças na formação dos profissionais de saúde, uma mudança significativa das concepções vigentes. Pensar a formação profissional em saúde com base nos conceitos de competência e integralidade é operar uma profunda transformação na maneira de conceber o sujeito da aprendizagem e o mundo do trabalho.

Diante dos impasses éticos, políticos, financeiros e de organização do sistema de saúde presente no cenário brasileiro, impõe-se o debate sobre a humanização e o questionamento do modelo technoassistencial e a qualidade da atenção à saúde no que tange à disponibilização de tecnologias, recursos e saberes aos sujeitos e às populações visando mitigar seu sofrimento (DESLANDES; AYRES, 2005). Neste sentido, apostar na humanização da atenção e gestão do SUS retoma a agenda da reforma sanitária ao chamar a atenção para a necessidade de problematizar os modos de fazer presentes nas práticas de saúde, desenvolvidas pelos trabalhadores e equipes no seu cotidiano.

Para Garcia *et al.* (2010), humanizar não é só investir nas melhorias de condições de trabalho dos profissionais envolvidos na área, mas também gerar qualidade de vida digna de seus usuários, da comunidade e, por conseguinte, desses profissionais. Nesse sentido, Silva *et al.* (2015, p. 2) dizem que:

Humanizar o atendimento em saúde é enaltecer o desejável comportamento ético e o arsenal técnico-científico, com os cuidados dirigidos às necessidades existenciais dos pacientes. Humanizar é também investir em melhorias nas condições de trabalho dos profissionais da área, é alcançar benefícios para a saúde e qualidade de vida dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

Nesse sentido, Nora (2013) diz que o conhecimento de todas as ações de saúde devem ser orientadas pelo princípio da humanização do serviço, desde a recepção e acolhimento até a limpeza e conforto dos espaços dos serviços de saúde. Humanizar a

atenção e a gestão em saúde no SUS se coloca como estratégia inequívoca para tais fins, contribuindo efetivamente para a qualificação da atenção e da gestão, ou seja: atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo; para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social (BRASIL, 2004). Contudo, Pasche *et al.*, (2011) anuncia que os primeiros anos da Política Nacional de Humanização (PNH) foram destinados à formulação e consolidação da humanização como política pública, com sustentação teórico-metodológica, e à sensibilização e mobilização dos serviços de saúde, trabalhadores, gestores e usuários, fazendo conhecer a PNH por meio, entre outros, de atividades extensivas (Ver quadro 1).

Quadro 1 – Humanização em atos normativos: portarias

PORTARIA	DATA	ASSUNTO
Portaria Gabinete do Ministro GM/MS nº 2.883	04.06.1998	Institui o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde, integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal.
Portaria GM/MS nº 985	05.08.1999	Cria o Centro de Parto Normal.
Portaria GM/MS nº 569	01.06.2000	Que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Portaria GM/MS nº 693	05.07.2000	Que aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru – Art. 1º.
Portaria GM/MS nº 881 Portaria SAS/MS nº 202 Portaria SAS/MS nº 210	19.06.2001 19.06.2001 20.06.2001	Que criam o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). A Coordenação Nacional do Programa esteve a cargo do Ministério da Saúde e sua realização se deu através de convênio firmado com o Instituto de Desenvolvimento e Pesquisa da Saúde Mental e Psicossocial (CASA), com a condução técnica do Comitê Técnico de Humanização/MS.
Portaria GM/MS nº 728	14.06.2003	Instituiu o Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira, destinado ao reconhecimento dos estabelecimentos hospitalares de saúde integrantes da rede SUS, com destaque ao atendimento pediátrico.
Portaria GM/MS nº 2406	19.12.2003	Que estabelece o Prêmio Nacional David Capistrano – HumanizaSUS, seus objetivos, o regulamento, os critérios de avaliação e fixando valor.
Portaria GM/MS nº 1000	15.04.2004	Define Hospitais de Ensino e Requisitos para Certificação – Art. 6º, inciso XV.
Portaria GM/MS nº 1005	27.05.2004	Regulamenta a Certificação de Hospitais como de Ensino – Art. 1º, inciso XV, letra a.
Portaria GM/MS nº 453	24.03.2005	Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Programas e Projetos mediante a celebração de convênios e instrumentos congêneres – capítulo 1, inciso 1.4.
Portaria GM/MS nº 635	10.11.2005	Regulamento Técnico para Implantação e Operacionalização do Programa de Reestruturação e Contratação de Hospitais Filantrópicos no SUS e inclui modelo de alocação de recursos financeiros – Anexo II – Item I – letra d
Portaria GM/MS nº 3123	07.12.2005	Homologa o Processo de Adesão ao Programa de

		Reestruturação e contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS – Anexo IV – Item b – nº 1.
Portaria nº 399	27.02.2006	Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.
Portaria GM/MS nº 2400	02.10.2007	Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Art. 7º, inciso XV – Anexo II – referente ao inciso XV – letra a.
Portaria GM/MS nº 3.136	24.12.2008	Define o repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento.

Fonte: Elaboração própria (2018), com base em Matoso, 2010.

No quadro anterior, constata-se que o Ministério da Saúde (MS) publica, a partir de 1998 portarias ministeriais e interministeriais que orientam ações a serem implantadas/implementadas pelos serviços públicos de saúde, pautadas na humanização (MATOSO, 2010). Esse processo se inicia com premiação, ao ser publicada a 1ª Portaria Gabinete do Ministro GM/MS nº 2.883, de 04.06.1998, que institui o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal.

No período de junho a dezembro de 2000, com o objetivo de desenvolver e validar uma metodologia de humanização da atenção hospitalar que pudesse posteriormente ser estendida a toda rede de hospitais do SUS, o MS experimenta, por meio de um Projeto Piloto composto por 10 hospitais públicos brasileiros, distribuídos em várias regiões do Brasil, diferentes realidades sócio-culturais e que possuíam diferentes portes, perfis de serviços e modelos de gestão. Nesse percurso de construção do SUS, foi proposto o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

A Política Nacional de Humanização do SUS vai ser criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, Mori e Oliveira (2009). Portanto, a PNH é uma política do SUS. Também chamada de HumanizaSUS, emerge da convergência de três objetivos centrais: (i) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (ii) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e, (iii) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (BRASIL, 2007). Assim, a PNH visa efetivar-se nas práticas de saúde, juntamente com os princípios do SUS, compondo uma política comprometida

com os modos de fazer e operar os processos efetivos de transformação e criação de realidades em saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A Política de Humanização se apresenta como um importante marco de referência para a construção de práticas de saúde que efetivamente respeitem o cidadão em seus valores e necessidades. Todavia, é necessário que se avance e se amplie o senso de cidadania do povo brasileiro, que em muitas situações resigna-se aos maus tratos e ao desrespeito. Saúde digna é direito e compromisso do usuário e dever do Estado, que deve garantir a oferta de atenção de acordo com as necessidades de saúde da população. Mas a amplitude desta missão não pode ser alcançada sem a mobilização das forças sociais que se agenciam para além do Estado. O dever do Estado e das equipes de governo deve ser também o do fomento da autonomia dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, multiplicando os agentes do direito e do dever (PASCHE *et al.*, 2011, p. 7).

No momento em que a humanização é assumida como aspecto fundamental nas políticas de saúde, seu conceito precisa ser reavaliado com vistas à efetuar-se como referência para a mudança nos modelos de atenção, de gestão e de formação vigentes. Tal urgência se configura pela banalização com que o tema vem sendo tratado, assim como pela fragmentação das práticas, sejam elas profissionais e/ou formativas, ligadas à programas de humanização.

A FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

A presença atuante do médico no Brasil só tornou-se realidade no século XIX. Com o início do funcionamento da Escola de Cirurgia da Bahia (1808)⁶ e do Curso de Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro (1809)⁷, sua transformação em Academias em 1813 sinalizam a importância da formação de médicos brasileiros (AMARAL, 2007).

A análise do ensino médico brasileiro nos 200 anos de sua existência, identificando os marcos e o contexto político, econômico, social e mundial, produziu um levantamento quantitativo e qualitativo das Escolas Médicas (EM) brasileiras. Para que haja uma compreensão mais contextualizada dessa formação médica, faz-se

⁶ A Escola de Cirurgia da Bahia teve as seguintes denominações: Escola de Medicina da Bahia (1808); Academia Médico-Cirúrgica da Bahia (1816); Faculdade de Medicina da Bahia (1832); Faculdade de Medicina e Farmácia da Bahia (1891); Faculdade de Medicina da Bahia (1901); Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia (1946); Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (1965).

⁷ Denominações da Faculdade de Medicina da UFRJ: Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro (1808); Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro (1813); Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1832); Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro (1891); Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1901) isolada; Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro (1920); Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (1937); (1965) Faculdade de Medicina da UFRJ (FIOCRUZ, 2006).

importante uma retomada histórica, com destaque aos fatos e ações importantes dessa trajetória.

Amaral (2007) discute que o desenvolvimento do sistema educacional brasileiro, em particular do ensino médico, esteve intimamente ligado ao crescimento da sociedade brasileira, sendo notória desde sua origem, em 1808, a vinculação ao surgimento, no Brasil, das instituições econômicas, militares e culturais, e ao poder político.

A classe médica até os anos de 1950 sempre se conduziu como profissão liberal, sem tomar consciência da necessidade de se organizar como categoria profissional na defesa de seus mais legítimos interesses e da própria profissão. À vista disso, Rezende (2009) relata que em 1951 foi fundada a Associação Médica Brasileira, com a iniciativa da organização do seu I Congresso na cidade de Ribeirão Preto, em 1956, sob a liderança dos professores Hilton Rocha e Jairo Ramos. Houve inicialmente a tentativa de se fundar a Ordem dos Médicos, à semelhança da ordem dos Advogados do Brasil, mas a ideia não vingou e foi substituída pela dos Conselhos de Medicina, Federal e Regionais, criados no governo do presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, pela lei 3.268, de 30 de setembro de 1957. O quadro a seguir apresenta o marco da formação médica no país.

Quadro 2 – Marco na formação médica no Brasil

ANO	ACONTECIMENTOS
1808	Os primeiros cursos de Medicina no Brasil foram criados por autorização de D. João VI.
1931	As matérias no curso de medicina estavam ordenadas de forma a propiciar uma diferenciação do ciclo básico que o profissional poderia vir a desfrutar.
1950	A organização dos conteúdos dos cursos de Medicina era distribuída em forma sequencial de disciplinas, norteadas para diversas especialidades médicas.
1970	Iniciativas de aspecto integralizado, com o intuito de proporcionar uma maior e mais eficaz interação entre os ciclos clínicos e básicos no estudo da medicina nas academias, contribuindo com a inserção do acadêmico de medicina nas atividades práticas de maneira precoce, o que é fundamental para a formação do médico com excelência (ROCHA, 2003).
1977	Uma nova política da OMS foi lançada, com o objetivo inicial de propiciar um padrão de saúde que permitisse a todas as pessoas terem a oportunidade de levar uma vida social e economicamente produtiva.
1978	Projeto intitulado Saúde para Todos no Ano 2000 foi lançado durante a Conferência de Alma-Ata, que adotou como carro-chefe dessa política, em uma parceria entre a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Declaração sobre Cuidados Primários em Saúde.

	Ainda na década de 70, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (ALMA-ATA, 1978).
1980	Foi importantes para as muitas conquistas que aconteceram no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil.
1990	No continente americano, o projeto Educação Médica nas Américas (EMA), apoiado em grande parte pela Fundação Kellogg, foi o combustível do processo de transformação nas escolas médicas da América.
	Propostas de reformas curriculares e modelos de ensino-aprendizagem na perspectiva das metodologias ativas, orientadas para mudanças nas práticas pedagógicas tradicionais, buscando transformar a prática clínica no SUS (ADLERI; GALLIAN, 2014).
1991	A avaliação do ensino médico brasileiro, foi organizada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM).
1994	Início na América Latina, um novo programa denominado “Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” (sinteticamente, Programa UNI).
2001	Assinatura da Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de Novembro de 2001 do CNE (Conselho Nacional de Educação, 2001), que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação Médica.
2002	Com 100 anos de existência, sendo a instituição de saúde mais antiga de todo o mundo a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS.
2003	A Política Nacional de Humanização do SUS foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, Mori e Oliveira (2009).
2014	O CNE publica a Resolução Nº 3, de 20 de Junho, instituindo novas Diretrizes para os Cursos de Medicina, revogando as diretrizes de 2001.

Fonte: Elaboração própria (2018), a partir de Sales (2016).

Segundo Sales (2016), são constantes as discussões em torno de uma formação médica com práticas pedagógicas de ensino-aprendizagem que permitam aos acadêmicos o exercício da busca autônoma por conhecimentos por meio de resoluções de problemas relacionados ao processo saúde-doença. Discute-se uma formação que possibilite aos discentes a visão holística deste processo, levando em consideração o doente como um ser humano e seus aspectos emocionais, biológicos, sociais, financeiros e outros com relação direta ou indireta com os agravos causados pelas doenças e, a partir desses aspectos, a mediação da prevenção, promoção e reestabelecimento de sua saúde.

Assim, a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) na Formação Médica passou a fundamentou-se na Resolução Nº 4, de 07 de novembro de 2001 e na Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, do Conselho Nacional de Educação

(CNE), que instituem as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

A fim de atender às DCNs de 2014, a educação em saúde preconiza que o graduando deve buscar sua autonomia intelectual através de múltiplas estratégias de aprendizagem; a nova proposta pedagógica vai além da visão pragmática do atendimento ao usuário, na contextualização acerca da pedagogia de ensino e aprendizagem, conjecturando-se a sensibilidade do aprender. Para Salgueira (2009, p. 63), “A aprendizagem ao longo da vida é um conceito complexo e multidimensional, o qual sintetiza a motivação, capacidade e comportamentos necessários para o profissional manter e desenvolver a competência ao nível do conhecimento, uso de tecnologias e práticas mais recentes”.

Nota-se que mesmo no começo da história da medicina ocorreram avanços na prática médica de ensino, e as novas formas de integralidade do ensino na academia tem raízes nesse contexto, com a evolução dos métodos de ensino, não só na academia médica, mas também em outras áreas do conhecimento, verificou-se a necessidade dos profissionais se adequarem as realidades emergentes, buscando qualificações e capacitações de forma a atender os requisitos e as expectativas de suas funções.

Diante desse novo cenário, buscou-se levantar as primeiras Escolas Médicas (EM) do país, segundo unidade da federação, a título de ilustração encontra-se na figura 1, a seguir.

Figura 1 – Primeiras escolas médicas, segundo a unidade da federação.

ANO	ESTADO	INSTITUIÇÃO
1808	BAHIA - BA	Universidade Federal da Bahia - UFBA
1808	RIO DE JANEIRO - RJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
1898	RIO GRANDE DO SUL – RS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
1911	MINAS GERAIS - MG	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
1912	PARANÁ – PR	Universidade Federal do Paraná - Curitiba - UFPR
1913	SÃO PAULO – SP	Universidade de São Paulo - Campus São Paulo - USP-SP
1919	PARÁ - PA	Universidade Federal do Pará - UFPA
1920	PERNAMBUCO – PE	Universidade Federal de Pernambuco - UFPE
1949	CEARÁ – CE	Universidade Federal do Ceará - UFC
1953	ALAGOAS - AL	Universidade Federal de Alagoas - UFAL
1955	PARAÍBA - PB	Universidade Federal da Paraíba - J. Pessoa - UFPB
1956	RIO GRANDE DO NORTE - RN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
1958	MARANHÃO - MA	Universidade Federal do Maranhão - São Luis - UFMA
1960	GOIÁS - GO	Universidade Federal de Goiás - UFG
1960	SANTA CATARINA – SC	Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
1961	ESPÍRITO SANTO - ES	Universidade Federal do Espírito Santo- UFES
1962	DISTRITO FEDERAL - DF	Universidade de Brasília - DF - UNB
1966	SERGIPE – SE	Universidade Federal de Sergipe - UFS
1968	MATO GROSSO DO SUL - MS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- Campo Grande - UFMS
1968	PIAUI – PI	Universidade Federal do Piauí - UFPI
1971	AMAZONAS - AM	Universidade Federal do Amazonas -UFAM
1978	MATO GROSSO - MT	Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT
1994	RORAIMA - RR	Universidade Federal de Roraima - UFRR
2002	RONDÔNIA - RO	Universidade Federal de Rondônia - UNIR
2007	ACRE - AC	Universidade Federal do Acre - UFAC
2007	TOCANTINS - TO	Universidade Federal do Tocantins - Palmas/TO - UFT
2010	AMAPÁ - AP	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP

Fonte: Elaboração própria (2018), a partir de *sites* das Escolas Médicas do Brasil.

Na Região Norte, foi criada em 1919 a Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, por iniciativa da Associação Científica do Pará, que já mantinha a Escola Livre de Odontologia do Pará, sendo a Universidade Federal do Pará (UFPA) a sétima EM do

país e a primeira na Região Norte (AMARAL, 2007). A figura 2, a seguir, historicamente apresenta as Escolas Médicas no Estado do Pará.

Figura 2 – Escolas médicas no estado do Pará (2018)



Fonte: Elaboração própria (2018), a partir de *site* do CFM (2018)⁸.

Na Região Norte, em 1971 houve a abertura da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA), segunda Escola Médica no estado, que representou o início do envolvimento do governo estadual do Pará com o ensino da medicina. Sendo que, “[...]hoje Em 2006 a Universidade do Estado do Pará **interioriza o Curso de Medicina no município de Santarém**, pioneira no Estado, o qual formou sua primeira turma em junho de 2012” (UEPA, 2015, p.33) (negrito nosso).

No Estado do Pará, atualmente são oferecidas 610 vagas ao ano, distribuídas entre as 4 (quatro)⁹ instituições de ensino superior apresentadas na figura 6, das quais 300 destas vagas são ofertadas em faculdades com administração privada e 310 em faculdades com administração pública (CFM, 2018, p. 57). De acordo com as informações da Demografia Médica do Brasil 2018 (SCHEFFER *et al.*, 2018), lançada

⁸ Vale ressaltar que os dados da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA) - Campus de Altamira, não encontram-se no *site* do CFM, e sim no EDITAL Nº 3/2017 – COPERPS, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 PROCESSO SELETIVO 2018 – PS UFPA 2018.

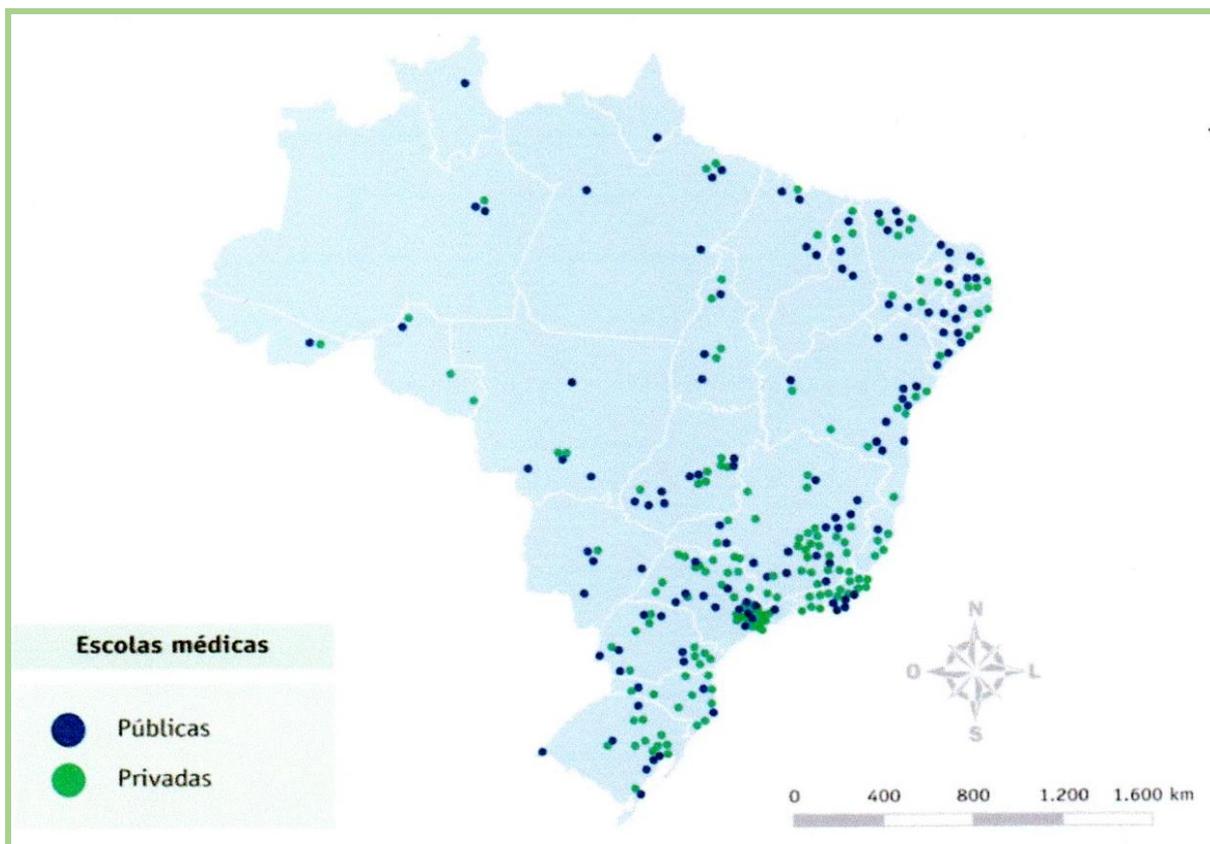
⁹ Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, Campus Altamira, são ofertadas 54 vagas.

recentemente pelo CFM, o país fechou o ano de 2017 com 289 cursos em funcionamento, e outros em vias de instalação.

Segundo Sales (2016), percebe-se que o médico deve ser um profissional com formação generalista, preparado para analisar e solucionar as problemáticas que rotineiramente fazem parte do cotidiano assistencial à saúde; também com capacidade reflexiva para solucionar os problemas atípicos que por ventura venham surgir durante as atividades de assistência médica, de formar para promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde daqueles que procurarem a assistência médica. Contudo, nota-se a necessidade de aplicar metodologias afim de assegurar a “articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina” (BRASIL, 2014).

Os mapas 1 e 2, representam a distribuição de cursos de medicina no Brasil. O 1º, o número de vagas e o 2º a natureza pública e privada das IES. Para delimitar a natureza das escolas médicas, o estudo considerou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (1996), que define categorias administrativas das instituições de ensino: as públicas, “criadas ou incorporadas, mantidas e administradas pelo Poder Público”, e as privadas, “mantidas e administradas por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado” (BRASIL, 1996).

Mapa 1 – Distribuição de Escolas Médicas, segundo natureza pública e privada no Brasil



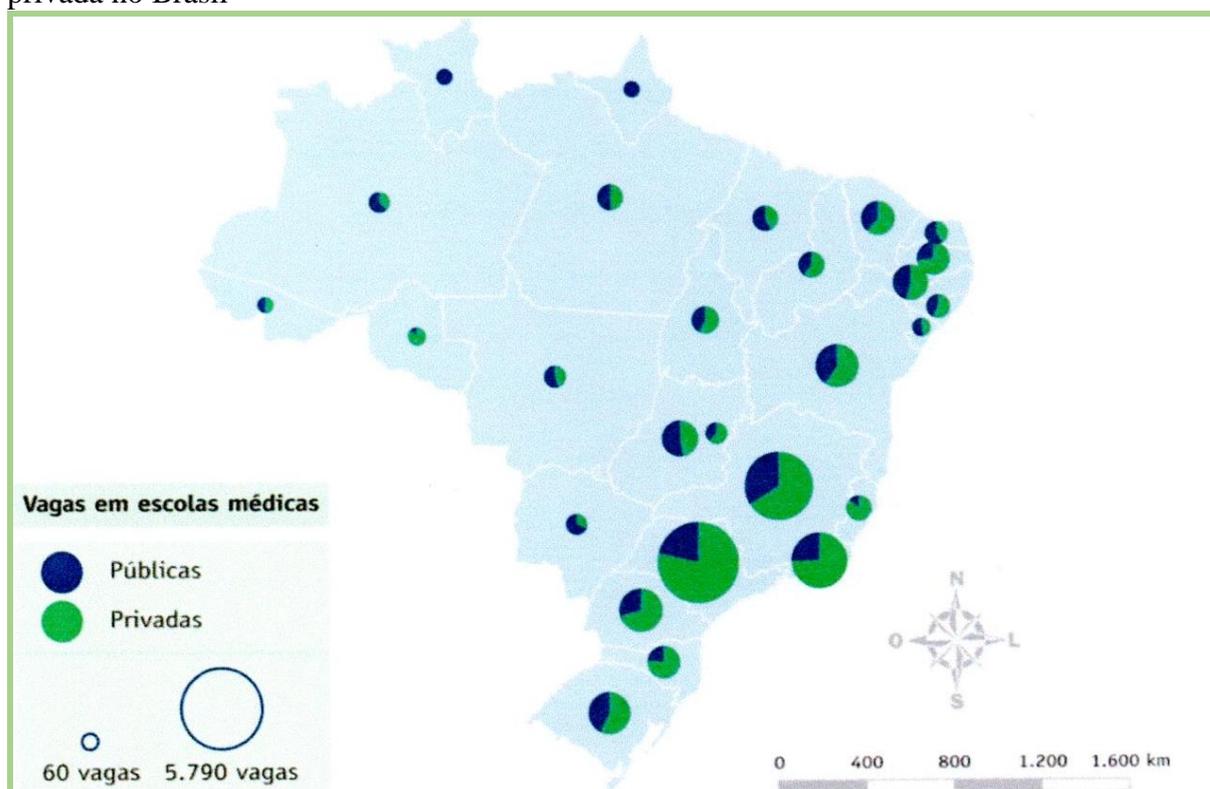
Fonte: Scheffer *et al.* (2018, p. 59).

Segundo Scheffer *et al.* (2018), o maior número de cursos e vagas de Medicina se concentra nos estados do Sudeste, do Sul e no litoral do Nordeste. No Sul e Sudeste há mais vagas para cursar a medicina nas instituições privadas. No Norte e Centro-Oeste, mais cursos e vagas públicas. No Nordeste, há um equilíbrio. Desta maneira, o mapa 2 ilustra a distribuição de vagas em cursos de Medicina, segundo natureza pública e privada no Brasil.

No campo da formação médica, destaca-se que os projetos pedagógicos das IES formadoras de profissionais médicos devem ser fundamentados na resolução nº 3, de 20 do Conselho Nacional de Educação, de junho de 2014, que institui as DCN para os Cursos de Graduação em Medicina. No seu art. 3º consta a graduação médica deve garantir a formação de médicos generalistas, humanistas, críticos, reflexivos e éticos, com capacidade de atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo. Descreve também que os médicos atuem com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser

humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (ART. 3, RESOLUÇÃO N° 3/CNE, 2014).

Mapa 2 – Distribuição de vagas em cursos de Medicina, segundo natureza pública e privada no Brasil



Fonte: Scheffer *et al.* (2018, p 59).

Em apenas dez estados a presença pública no ensino médico é maior que 50%: três do Centro-Oeste, três do Nordeste, e quatro do Norte. Roraima e Amapá têm um único curso cada um, e os dois são públicos, com 80 e 60 vagas, respectivamente. No entanto, Ciuffo e Ribeiro (2008) afirmam que há um longo caminho a percorrer, no qual as universidades exercem papel relevante como um dos agentes desse processo. As escolas médicas encontram-se, em sua maioria, reproduzindo uma formação dicotomizada, expressa na organização curricular disciplinar, fragmentada e focada em especialidades, tendo como campo predominante de prática o hospital universitário, enfatizando práticas em saúde procedimento centradas e desconsiderando as usuário-centradas.

A formação médica mundial é marcada por vários momentos históricos e fases que destacam a sua historicidade, que serviram como base analítica para as mudanças na

educação médica que hoje é estabelecida no Brasil. Quanto a essas fases históricas, chama-se a atenção para as contribuições de Tempck e Borda (2009, p. 319).

A primeira se estabelece a partir do relatório Flexner, publicado nos Estados Unidos em 1910 e que tentou nortear o ensino médio americano por uma sólida formação em ciências básicas, com a aprendizagem utilizando o hospital como cenário, além de pouca ênfase na prevenção e promoção a saúde. Num momento histórico marcado por grande diversidade na formação médica, esse documento teve importante papel organizador do ensino e propiciou grande avanço do conhecimento, de tal forma que foi reproduzido em vários países, inclusive no Brasil. A segunda fase da educação médica se inicia a partir da década de 1970, quando as ideias de prevenção e promoção da saúde e o modelo de multicausalidade das doenças ganham visibilidade a partir do Relatório Lolande, no Canadá, em 1974. A etiologia das doenças é concebida a partir de fatores ambientais, acesso aos serviços de saúde, estilos de vida e biologia humana. O ser humano e sua doença passam a ser entendidos segundo uma visão de integralidade, tanto do seu sistema orgânico, como de sua inter-relação com o ambiente, seu trabalho e seus semelhantes. A Conferência Internacional da Organização Mundial da saúde, em Alma-Ata, em 1978, reforça este modelo ideológico da Medicina Integral, a importância da formação de um médico generalista e da Atenção Primária à Saúde, apontando como meta Saúde Para Todos no ano 2000.

No campo da educação em saúde, Ciuffo e Ribeiro (2008) propõem que inovar assume também esse sentido. Para tanto, a instituição formadora precisa cumprir seu papel para além de atualizar conhecimentos: precisam desenvolver no ser humano a competência de lidar com o novo e, desse modo, abrir suas lentes para olhar o mundo e ser sujeito das suas transformações. Conceituando os novos caminhos da formação médica, Amoretti (2005, p. 8) estabelece que:

É preciso que a educação médica se estabeleça definitivamente em novos cenários, lá onde as práticas assistenciais estejam ocorrendo e não somente no hospital. A integração entre ensino, pesquisa e serviço deve ser ampliada, abrangendo as unidades sanitárias, os postos de saúde, os prontos atendimentos, as emergências, os programas de assistência domiciliar, os centros de atenção psicossocial, as escolas e outros locais. Os alunos e os residentes precisam compor com os profissionais de todas as categorias que trabalham na saúde, compreender as dificuldades e as possibilidades das práticas conjugadas em saúde e viver o cotidiano do SUS.

Para Sales (2016), a disseminação do conhecimento teórico-científico no começo da historicidade médica abrange essa questão, tendo como intuito unir os setores de saúde a fim de somar com a formação de novos profissionais. Nesse sentido, Rezende (2009) reconhece que a função principal do médico, em toda a história da humanidade, tem sido a de cuidar e tratar dos enfermos, quando melhor se caracteriza o ato médico. Nesta função o ato médico consiste basicamente na formulação do diagnóstico e na instituição do tratamento mais indicado para o paciente. Portanto, o

discente em medicina deve estudar no seu processo de formação a dimensão do aprender a aprender de forma autônoma, a partir da mediação de um docente, como parte do processo de ensino-aprendizagem, com base nos conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para buscar respostas cientificamente fundamentadas e assim construir sentidos para a identidade profissional (BRASIL, 2014).

Neste contexto, torna-se imprescindível que o acadêmico em processo de formação desenvolva a autonomia do aprender com objetivo de fomentar cientificamente respostas as questões e discussões em torno de uma determinada problemática. Destaca-se que o processo de aprendizagem deve ser subsidiado e conduzido por um docente, a fim de se trabalhar com o futuro médico os conhecimentos necessários à solução de problemas.

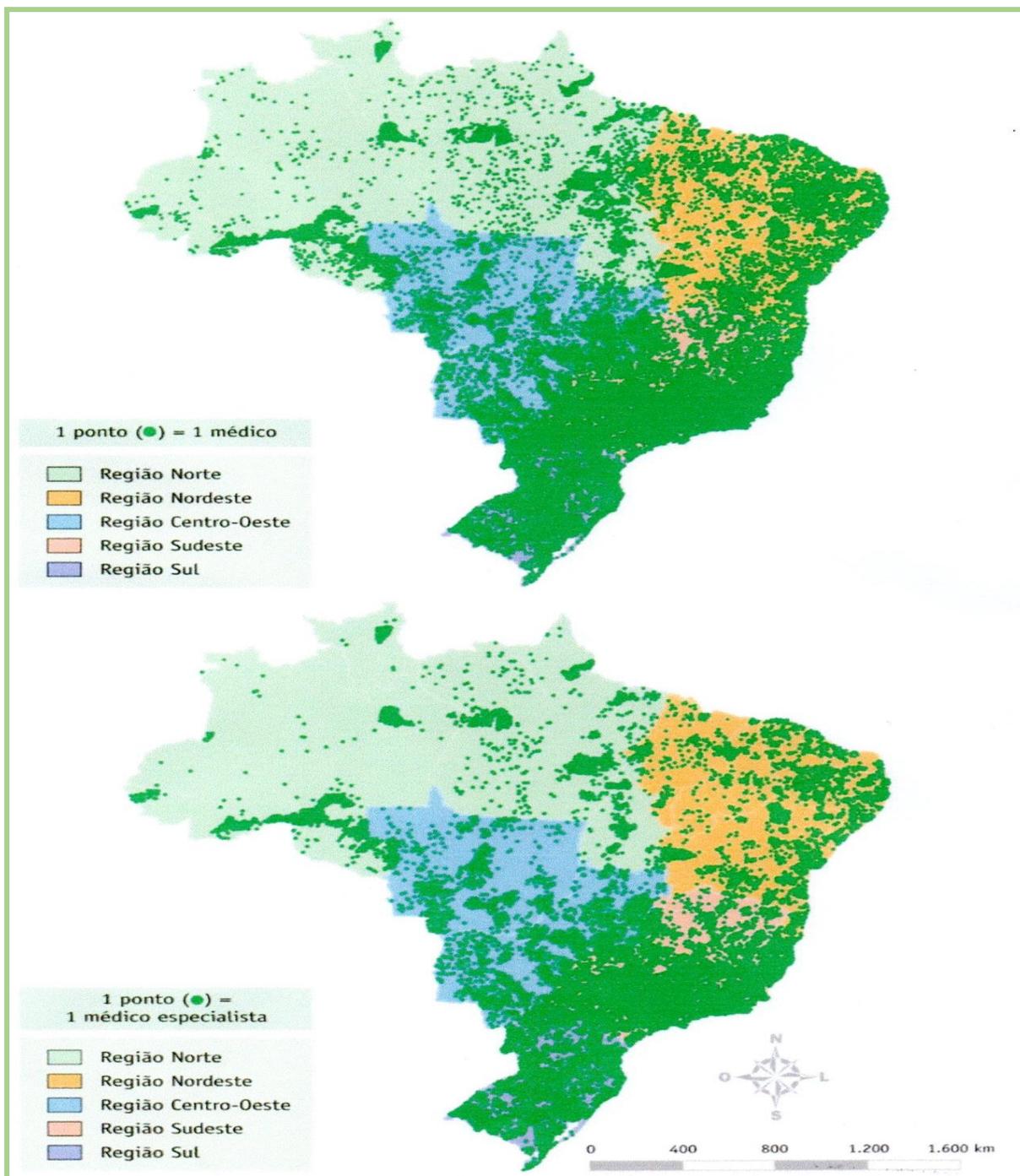
Cabe destacar que a LDB 9394/96 inicialmente definiu o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual (nacional e regional) e a prestação de serviço especializado à população, estabelecendo uma relação de reciprocidade para a maioria dos cursos da área de saúde, acolhendo a importância do atendimento às demandas sociais, com destaque para o SUS.

Quanto as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina (2014), apontam a necessidade de atender os princípios do sistema único de saúde, orientando às instituições formadoras de profissionais médicos com questões voltadas aos aspectos pedagógicos e estruturas, tais com o perfil profissional de almeja alcançar com a formação e o uso metodologias de ensino aprendizagem que permitam a participação ativa dos acadêmicos com a prática do raciocínio crítico, questionador, investigativo e reflexivo com base nos problemas que permeiam o processo saúde-doença. Segundo Sales (2016), elas estatelam também critérios para a avaliação da aprendizagem a fim de assegurar à construção de conhecimentos necessários a prática profissional. Ditam também o uso de currículo integralizado, que permita ao acadêmico a vivência da realidade profissional médica durante a formação acadêmica como forma de possibilitá-los as respostas às questões problematizadoras do cotidiano médico. Assim, dentre outros aspectos, essas DCN's normatizam como deve ser a formação médica no Brasil.

Contudo, quando o SUS é tomado como referência para a inserção desses futuros profissionais durante seu processo formativo, precisa ser levado em

consideração a realidade brasileira no tocante as imensas desigualdades na distribuição dos médicos pelo território nacional. Segundo Scheffer *et al.* (2018), enquanto em todo o país existem 2,18 médicos por mil habitantes, há capitais com mais de 12 médicos por mil habitantes – como nas regiões do interior do Nordeste, com valores inferiores a um médico por mil habitantes. A figura 3 retrata essa realidade.

Figura 3 – Atlas da demografia médica no Brasil: Localização geográfica de número de médicos (2018).



Fonte: Scheffer *et al.* (2018, p. 149).

O quadro 3 a seguir apresenta a distribuição desses médicos, segundo unidade da federação, com destaque para a Região Norte e o estado do Pará.

Quadro 3 – Distribuição de médicos, em unidade da federação e grandes regiões do Brasil

	Médicos	%	População ¹	%	Razão
Brasil	451.777	100,0	207.660.929	100,0	2,18
Região Norte	20.884	4,6	17.936.201	8,6	1,16
Rondônia	2.744	0,6	1.805.788	0,9	1,52
Acre	966	0,2	829.619	0,4	1,16
Amazonas	4.844	1,1	4.063.614	2,0	1,19
Roraima	816	0,2	522.636	0,3	1,56
Pará	8.090	1,8	8.366.628	3,9	0,97
Amapá	841	0,2	797.722	0,4	1,05
Tocantins	2.583	0,6	1.550.194	0,7	1,67
Região Nordeste	80.623	17,8	57.254.159	27,6	1,41
Maranhão	6.096	1,3	7.000.229	3,4	0,87
Piauí	3.860	0,9	3.219.257	1,6	1,20
Ceará	12.652	2,8	9.020.460	4,3	1,40
Rio Grande do Norte	5.792	1,3	3.507.003	1,7	1,65
Paraíba	6.753	1,5	4.025.558	1,9	1,68
Pernambuco	16.381	3,6	9.473.266	4,6	1,73
Alagoas	4.575	1,0	3.375.823	1,6	1,36
Sergipe	3.806	0,8	2.288.116	1,1	1,66
Bahia	20.708	4,6	15.344.447	7,4	1,35
Região Sudeste	24.4304	54,1	86.949.714	41,9	2,81
Minas Gerais	48.606	10,8	21.119.536	10,2	2,30
Espírito Santo	9.645	2,2	4.016.356	1,9	2,40
Rio de Janeiro	59.366	13,1	16.718.956	8,1	3,55
São Paulo	126.687	28,0	45.094.866	21,7	2,81
Região Sul	68.430	15,2	29.644.948	14,3	2,31
Paraná	23.661	5,2	11.320.892	5,4	2,09
Santa Catarina	15.838	3,5	7.001.161	3,4	2,26
Rio Grande do Sul	28.931	6,5	11.322.895	5,5	2,56
Região Centro-Oeste	37.536	8,3	15.875.907	7,6	2,36
Mato Grosso do Sul	5.525	1,2	2.713.147	1,2	2,04
Mato Grosso	5.436	1,2	3.344.544	1,6	1,63
Goiás	13.360	3,0	6.778.772	3,3	1,97
Distrito Federal	13.215	2,9	3.039.444	1,5	4,35

Fonte: Scheffer *et al.* (2018, p. 44), grifo nosso.

Quando se compara as porcentagens de médicos e de população por região (ou estado) com os números do conjunto do País, as desigualdades são mais visíveis. Na região Sudeste, onde moram 41,9% dos brasileiros, estão 54,1% dos médicos, ou mais da metade dos profissionais de todo o País. Na região Norte ocorre o oposto: ali moram 8,6% da população brasileira e estão 4,6% dos médicos. No Nordeste vivem 27,6% dos habitantes do País – mais de 1/4 de toda a população – e estão apenas 17,8% do conjunto de médicos. Nas regiões Sul e Centro-Oeste a porcentagem de habitantes é bastante próxima da parcela de médicos existente.

Na figura 4, além do número de registros de médicos e da razão por mil habitantes, há dados do estado do Pará quanto às características da população, formação, idade e indicadores da capital.

Figura 4 – Atlas da demografia médica no Pará: Dados gerais (2018)

PARÁ		Especialistas no estado		Nº
		Acupuntura		42
		Alergia e Imunologia		19
		Anestesiologia		359
		Angiologia		12
		Cardiologia		185
		Cirurgia Cardiovascular		16
		Cirurgia da Mão		10
		Cirurgia de Cabeça e Pescoço		10
		Cirurgia do Aparelho Digestivo		59
		Cirurgia Geral		522
Cirurgia Oncológica		23		
Cirurgia Pediátrica		19		
Cirurgia Plástica		70		
Cirurgia Torácica		7		
Cirurgia Vascular		45		
Clínica Médica		646		
Coloproctologia		18		
Dermatologia		121		
Endocrinologia e Metabologia		65		
Endoscopia		54		
Gastroenterologia		58		
Genética Médica		2		
Geriatria		22		
Ginecologia e Obstetrícia		487		
Hematologia e Hemoterapia		28		
Homeopatia		13		
Infectologia		82		
Mastologia		38		
Medicina de Emergência		0		
Medicina de Família e Comunidade		99		
Medicina do Trabalho		299		
Medicina de Tráfego		61		
Medicina Esportiva		11		
Medicina Física e Reabilitação		10		
Medicina Intensiva		86		
Medicina Legal e Perícia Médica		16		
Medicina Nuclear		8		
Medicina Preventiva e Social		21		
Nefrologia		102		
Neurocirurgia		55		
Neurologia		58		
Nutrologia		19		
Oftalmologia		205		
Oncologia Clínica		52		
Ortopedia e Traumatologia		195		
Otorrinolaringologia		83		
Patologia		32		
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial		31		
Pediatria		580		
Pneumologia		59		
Psiquiatria		85		
Radiologia e Diagnóstico por Imagem		167		
Radioterapia		11		
Reumatologia		44		
Urologia		87		
Características da população médica				
Número de registros de médicos	8.090			
População no estado	8.366.628			
Razão médico por 1.000 habitantes	0,97			
Masculino	54,8%			
Feminino	45,2%			
Razão masculino/feminino	1,21			
Formação				
Generalistas	48,2%			
Especialistas	51,8%			
Razão Especialista/Generalista	1,08			
Idade				
≤ 29 anos	13,6%			
30 - 34 anos	14,7%			
35 - 39 anos	13,3%			
40 - 44 anos	10,5%			
45 - 49 anos	9,5%			
50 - 54 anos	8,5%			
55 - 59 anos	8,0%			
60 - 64 anos	9,1%			
65 - 69 anos	8,3%			
70 - 75 anos	4,4%			
	Média (anos)	DP		
Idade	46,0	14,0		
Tempo de formado	19,7	13,7		
Indicadores da capital				
Número de registros de médicos	5.635			
População da capital	1.452.275			
Razão médico por 1.000 habitantes	3,88			
Masculino	50,8%			
Feminino	49,2%			
Razão masculino/feminino	1,03			
Generalistas	44,2%			
Especialistas	55,8%			
Razão Especialista/Generalista	1,26			
Proporção médicos na capital	69,7%			

Fonte: Scheffer *et al.* (2018, p. 163).

Logo, observa-se que Entre todas as unidades da federação, o Distrito Federal tem a razão mais alta, 4,35 médicos por mil habitantes, seguido pelo Rio de Janeiro

(3,55), São Paulo (2,81), Rio Grande do Sul (2,56), Espírito Santo (2,40) e Minas Gerais (2,30 médicos por mil habitantes). Na outra ponta estão estados do Norte e Nordeste. O Maranhão mantém a menor razão entre as unidades (0,87 médico por mil habitantes), *seguido pelo Pará, com razão de 0,97*, ambos fazem parte da Amazônia legal. *Nos dois casos, há menos de um médico por grupo de mil moradores.*

A PRÁTICA HUMANIZADA NA FORMAÇÃO MÉDICA NA IES ESTUDADA

Este estudo buscou tratar, desde um recorte da dissertação “Política de humanização do SUS na formação médica no interior da Amazônia”¹⁰, a prática humanizada na formação do futuro médico a partir da percepção da coordenadora, docentes e discentes do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

O *locus* desse estudo, com recorte temporal 2014-2017, foi realizado no campus XII Santarém da UEPA, região oeste do Pará. A amostra é composta por 97 participantes, destes 09 docentes, compreendendo 04 atuantes no módulo Gestão, Interação, Ensino, Serviço e Comunidade (GIESC)¹¹, 04 no módulo Interação Comunitária (INC)¹² e uma foi na disciplina Humanidades Médicas, além da coordenadora do curso e 87 discentes matriculados do 1º ao 8º períodos do referido curso, sendo 38 deles com o Projeto Político Pedagógico (PPP) (UEPA, 2005) e 49 discentes com o Projeto Pedagógico do Curso Unificado (PPC) (UEPA, 2015).

Para a coleta dos dados¹³ utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, aplicada a coordenadora do Curso de Medicina e aos docentes dos referidos módulos, e o questionário padrão PRAXIS com aos discentes dos 1º ao 8º períodos, além da análise de documentos vigentes que normatizam a política de humanização do SUS na

¹⁰ Dissertação defendida por Andréa Reni Mendes Mardock, em junho de 2018, junto ao Programa de Pós-graduação em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida (PPGSAQ) da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), sob orientação da Profa. Dra. Tania Suely Azevedo Brasileiro.

¹¹ “[...] O GIESC permitirá ao estudante realizar a abordagem centrada na pessoa, pelos princípios e ferramentas da atenção primária e pelo trabalho com membros da comunidade, nos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos, associados ao processo saúde-doença.” (UEPA, 2015, p. 61).

¹² Quanto ao INC, “[...] Os estudantes conduzem, em equipes, com a supervisão do Docente/Médico, pesquisas na comunidade, experiências em vigilância à saúde, análise e solução de problemas, bem como desenvolvimento de habilidades clínicas relacionadas aos cuidados de saúde individual e da comunidade.” (UEPA, 2005, p.46).

¹³A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará (Campus XII – Santarém), e aprovada com o Número de CAAE: 72808117.4.0000.5168. Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, em que os participantes assinaram e concordaram com o TCLE.

formação médica. Os resultados do estudo empírico foram tabulados e dispostos em quadros e gráficos, favorecendo sua análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

Com relação à temática, cabe anunciar que a PNH tomou como desafios os problemas e dificuldades que permanecem no SUS, em sua trajetória de mais de 20 anos (PASCHE, 2009). Os impasses vividos e enfrentamentos realizados para a sustentação do projeto brasileiro por uma política pública de saúde, colocam para a militância do SUS a necessidade da manutenção daquele movimento constituinte que ensejou, na constituição de 1988, a formulação do direito cidadão à saúde.

A PNH, ao mesmo tempo em que reconhece os desafios do sistema público de saúde, parte e aposta em um “SUS que dá certo”, experimentado por uma vasta gama de serviços, equipes, trabalhadores e usuários. Estas experiências estão presentes em todo território brasileiro e informam sobre possibilidades reais e concretas de superação desses desafios. Assim, a humanização do sistema se apresenta não só como emergência de novas propostas, mas também como estratégia de valorização da experimentação do SUS, que já se dá no dia-a-dia das práticas de gestão e de atenção à saúde, constituindo-se como instrumento de reencantamento do concreto (VARELA, 2003).

A valorização do cotidiano como elemento para a formulação de políticas públicas é também uma inovação na medida em que as políticas de saúde se originam em geral do aparato burocrático do Estado, tão afeito à normatização e à prescrição. Traverso-Yépez e Morais (2004) concordam e acrescentam que a formação médica deve incluir o papel da experiência profissional e das práticas cotidianas, ampliando, assim, a relação entre médico-paciente e deixando explícito que não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas. Decorre daí a necessidade de superar essa visão antropocêntrica e individualista do modelo biomédico, acreditando que o agir do profissional de saúde deveria ser baseado mais na escuta e no diálogo do que na imposição de “receitas”. Cada vez mais percebe-se a necessidade de formar médicos reflexivos, éticos, conscientes e sensíveis à pessoa humana e ao seu contexto social.

Nesse sentido, a percepção da Política de Humanização do SUS no curso de medicina manifestada pela coordenadora do curso revela que o trabalho na comunidade trabalho o aspecto da humanização. A seguir, ilustra-se com fragmentos de sua entrevista:

Olha, acho que quando a gente trabalha direto na comunidade, vivenciando com a comunidade, naturalmente e gradualmente você vai trabalhando o

aspecto de humanização. Mas aí, o que eu observo, que nem sempre essa política é adotada de forma correta nas unidades de saúde, e esses profissionais da unidade, são os modelos dos nossos alunos.

Então hoje em dia existem unidades de saúde que brigam, porque não querem que aquele médico saia de lá. Então percebo que esses egressos tem um outro olhar, uma outra postura e conduta muito mais humana e compatível com aquilo que a comunidade quer.

Todos nós somos humanos, e o ministério não precisava estabelecer uma política de humanização, porque nós não somos animais, somos humanos, então não considero que essa política, deveria ser uma política, é intrínseco de cada profissional, ele naturalmente deve ser formado com esse olhar, principalmente nas profissões de saúde ou em qualquer área, porque elas também trabalham com seres humanos.

Então, sempre fui uma crítica na política de humanização, porque penso que não seria necessário uma política, para dizer que sou uma pessoa, então minha crítica sempre foi muito rude contra essa política, o que precisa é que os profissionais também estejam satisfeito com o seu trabalho, tenham condições, estrutura, insumos de trabalho, que você possa ser muito bom no seu trabalho, mas você chega no seu local de trabalho, você não tem insumos, uma equipe satisfatória, você tem uma série de insatisfação, que podem se traduzir com a sua ação com o outro, porque não está feliz, com que está fazendo e transmite sua infelicidade para quem está a sua volta, então esse aspecto precisa ser muito olhado (C1-F64, 2017).

Para discutir sobre a fala anterior Pasche (2008) anuncia que o HumanizaSUS não é uma política prescritiva. Assim como o SUS, não tem o poder de, imediatamente, mudar realidades. Se assim fosse, bastaria dizer: “humanizemos” e, num passe de mágica, o mundo mudaria. A Política Nacional de Humanização tem, sim, a força de um imperativo ético: aponta para a necessidade de reposicionar a organização dos serviços, as ofertas de cuidado e os processos de trabalho sem desprezar aquilo que, na medicina moderna, tomou-se como secundário ou menor: as formas de relação entre os sujeitos.

A fim de aprofundar a compreensão sobre a percepção da política de humanização do SUS e as possíveis variáveis que a envolve, questionou-se aos docentes sobre a percepção deles acerca desse recurso e encontrou-se em suas falas sugestões sobre a política de humanização no curso de medicina. Assim, algumas manifestações mereceram destaque:

A política de humanização do SUS foi uma política criada para melhorar a questão do acolhimento, atendimento, principalmente um atendimento mais humanizado, melhorar a qualidade da saúde primária, ela veio nesse sentido, não só da atenção primária, mas para todos os níveis de atenção, um dos fatores, trazendo mais para a questão de educação em saúde, é que a política de humanização, para você integrar o aluno, desde o início casada com o PBL das metodologias ativas, para que se torne a formação do médico muito mais sensível, as questões sociais e de medicina centrada na pessoa, mesmo no cuidado com o paciente, do cuidado com a saúde (P6-F37, 2017).

A princípio, acho que é uma redundância, porque as pessoas todas devem tratar humanização com técnica, então a questão de você estipular um programa só pra isso é sinal que nós estamos falhando no modo de atender (P7-M66, 2017).

A política de humanização, ocorre desde quando a gente recebe esse paciente na unidade, acolhimento, a conversa antes mesmo de começar a entrevista para a consulta (P8-F35, 2017).

Na fala de P7, sua posição acerca da redundância na PNH em sermos seres humanos se coloca em evidência. Segundo Vilarta *et al.* (2007, p. 23), em humanização dos serviços de saúde parece, à primeira vista uma redundância, uma vez que tanto o executor do trabalho em saúde como o seu objeto de trabalho são seres humanos. Mas essa relação, ao longo do tempo, face às profundas desigualdades socioeconômicas do nosso país, às grandes demandas pelos serviços de saúde, à precariedade das condições de trabalho, nos demonstra que a obviedade do fato não pode ser entendida como natural. A própria PNH buscou reelaborar o conceito de humanização descrito no Documento base para gestores e trabalhadores do SUS:

Uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2006, p. 44).

A partir das manifestações da coordenação e dos docentes acima explicitadas, percebeu-se que a política de humanização está presente no curso de medicina estudado, e que consegue atender ao que preconizam as DCNs. No entanto, é perceptível nas falas da coordenadora C1-F64 e do docentes P7-M66 que existe uma crítica em relação a essa política de humanização, não sendo ela necessária para mostrar que é ser humano.

A percepção da coordenadora e docentes quanto à contribuição dos módulos GIESC e INC para a formação humanizada do futuro médico da UEPA Campus XII – Santarém, está manifestada nos fragmentos de discurso, a seguir:

Eles tem um Trabalho de Conclusão Anual-TCA, que está vinculado as atividades que são desenvolvidas no INC/GIESC, e geralmente são problemas que eles identificaram na comunidade, os levantamentos dos trabalhos de conclusão são trabalhos por problemas que eles identificaram na comunidade, as diversas jornadas, simpósios, geralmente são decorrentes também da identificação daquilo que eles perceberam nas comunidades que eles atuam. Então *há um dinamismo bem grande entre as atividades que são desenvolvidas nos módulos* (C1-F64, 2017).

A importância do GIESC no curso *consegue suprir a necessidade do aluno em estar, em ser e vivenciar a medicina*, é lá que ele vivencia, é lá que ele consegue contato com o paciente, coisa que ele não consegue ter em habilidades e no laboratório que ele tem contato com o colega, lá ele vivencia como é ser médico, e ai a gente vai trabalhando o caráter desse aluno em termos profissionais, como ele trata o paciente (P4-F37, 2017).

O GIESC é a mão grande da faculdade, *é aqui que o aluno põe a prova os conhecimentos teóricos que vem adquirindo ao longo do curso*, então lá ele tem uma formação teórica e aqui ele *tem uma formação prática e humanista*, ele tem que juntar as duas coisas, por isso que o INC na verdade é a mão grande da universidade, aqui que a gente vai ver se a pessoa tem ou não tem uma boa formação, porque na prática o cuidado com o paciente te observa se o médico é bem informado ou não, e aqui aprende técnicas que ele não teria tem como aprender lá na universidade, porque lá está vendo muitas vezes a fisiopatologia, a anatomia, mas não o cuidado, que você tem ou o dia a dia com o usuário, com os hábitos do usuário, estilo de vida, os problemas que ele traz da comunidade, as dificuldades econômicas que ele tem, isso tudo você só aprende aqui (P7-M66, 2017).

Acredito que a gente poderia tentar ver um caminho que ligasse todos eles, de modo único, porque tudo que os alunos vêm na universidade, através dos outros módulos, eles em si são mais teorias, e *é no GIESC que eles vão colocar em prática, e muitas vezes o que eu vejo é que boa parte dos alunos não enxergam isso*, se preocupam mais com a teoria e a parte prática eles deixam um pouquinho de lado, porque eles ficam tão preocupados em aprender a teoria, que na prática eles não querem perder tempo avaliando o paciente, eles querem o conteúdo e as vezes a prática eles deixam um pouco de lado (P8-F35, 2017).

Sim, em geral, eles sempre comentam, quando eles veem um paciente, eles sempre comentam “*lembra que a gente viu um caso parecido, com tal problema na tutoria*” então, tem integração, *aqui eles estão aplicando na prática o que eles estão vendo lá*, então tanto habilidades, quanto a parte de conhecimento teórico, tudo isso, eu vejo que eles conseguem integrar bem (P6-F37, 2017).

As manifestações de C1 e dos docentes P4, P6, P7 e P8 evidenciam que os módulos analisados buscam trabalhar a relação teoria – prática e, a partir das disciplinas Humanidades Médicas¹⁴ e Habilidades Profissionais¹⁵ - onde os discentes recebem a teoria para, posteriormente, aplicarem nas práticas destes módulos, revelam que a humanização está presente na formação inicial dos futuros médicos desta universidade amazônica. Nestes componentes curriculares encontram-se interligados a formação

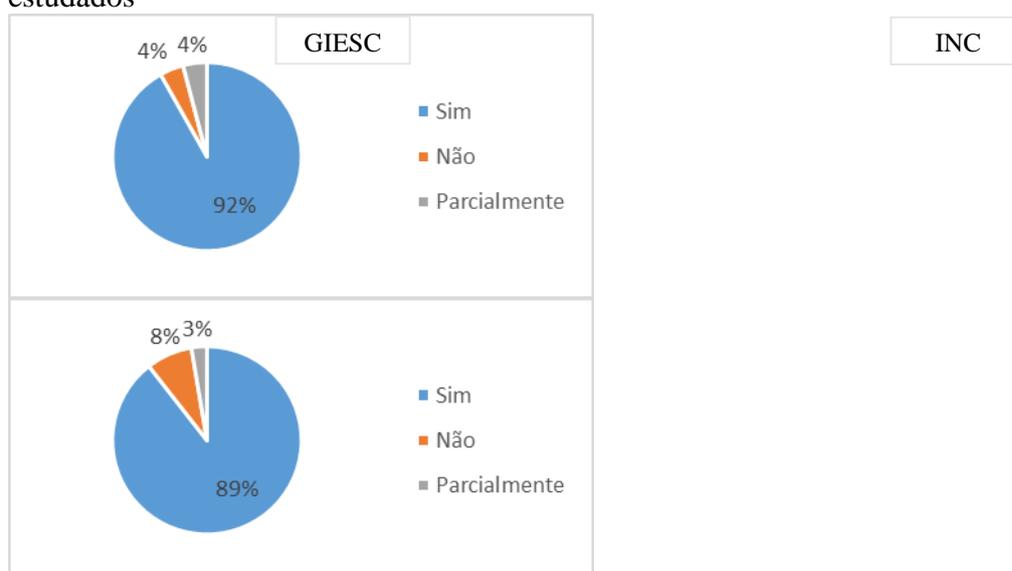
¹⁴ Humanidades Médicas: “[...] usando a metodologia dialética e estratégias de ensino-aprendizagem e outras que possibilite ao aluno a capacidade de mobilizar os conhecimentos (saber), as habilidades (saber fazer) e as atitudes (saber ser) na resolução de problemas que terá que enfrentar como profissional de saúde.” (UEPA, 2015, p. 61).

¹⁵ Habilidades Profissionais: “[...] e em seu planejamento deve prever o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades clínicas, cirúrgicas e atitudes necessárias ao bom desempenho profissional.” (UEPA, 2015, p. 62).

inicial com seu aprendizado profissional, congregando práticas do sistema de saúde, assim como particularidades e especificidades das comunidades, às quais os futuros médicos poderão vir a atuar. Entretanto, P8-F35 destaca em seu discurso uma falta de maturidade acadêmica de alguns discentes para compreender a relevância deles em seu processo formativo.

Com relação a percepção dos discentes sobre a formação humanizada do médico egresso deste curso, tomando por base os módulos Gestão, Interação, Ensino, Serviço e Comunidade (GIESC) e Interação Comunitária (INC), encontra-se ilustrada seus percentual no gráfico 1.

Gráfico 1 – Percepção da formação humanizada do futuro médico pelos discentes estudados



Fonte: Elaboração própria (2018), com base na pesquisa empírica (2017).

A leitura do gráfico anterior revela que a maioria dos discentes concordam que os módulos GIESC e INC contribuem para uma formação mais humanizada do futuro médico da UEPA, atingindo os percentuais de 92% e 89% respectivamente.

No quadro 4, encontram-se ilustradas as justificativas, de caráter mais qualitativo, da percepção de alguns discentes sobre a formação humanizada do futuro médico.

Quadro 4 - Percepção dos discentes da IES estudada sobre sua formação humanizada

GIESC	INC
-------	-----

“Contato maior com o paciente e, assim, podemos aprender a humanizar nosso atendimento” (Med-2A.5, 2017)	“Pela prática da relação-médico paciente” (Med-5B.2, 2017)
“Possibilita o contato direto com o paciente desde o primeiro semestre” (Med-2A.11, 2017)	“No INC é que começamos a desenvolver nossas habilidades médicas e a relação como o paciente” (Med-5B.6, 2017)
“Por ser o contato primário com o paciente” (Med-3B.1, 2017)	“Ajuda a aprender com a realidade e lidar com pessoas” (Med-6A.1, 2017)
“Nos permite desde o início a lidar com o paciente e acompanhar condutas corretas” (Med-4A.7, 2017)	“Os professores médicos se empenham para formar médicos humanizados” (Med-6A.7, 2017)
“Permite a inserção do estudante na prática de campo, permitindo que o mesmo coloque em prática princípios de humanização” (Med-4A.12, 2017)	“Incentivo da Humanização pelo profissional” (Med-7B.2, 2017)

Fonte: Elaboração própria (2018), com base na pesquisa empírica (2017).

O quadro anterior pode-se identificar que os futuros médicos dessa universidade anunciam que a relação teoria prática está efetivamente presente nos módulos estudados, sendo que um deles explicita em sua fala colocar em prática os princípios da humanização no módulo GIESC e no módulo INC dois deles fazem esta manifestação (Med-6^a.7 e Med &B.2).

Quanto aos saberes oriundos desses módulos analisados, alguns discentes dizem considerá-los indispensáveis para sua formação médica, expressando inclusive conteúdos que estão sendo abordados e que são importantes para sua profissão (ver quadro 5).

Quadro 5 - Percepção de discentes sobre os saberes oriundos dos módulos GIESC/INC

GIESC	INC
“O conhecimento sobre o SUS, até o momento” (Med-1B.8, 2017)	“Cada módulo tem sua devida importância, principalmente no aprendizado de que realmente é importante na prática médica” (Med-5B.3, 2017)
“Todos os saberes são indispensáveis para a formação médica, nada pode ser menosprezado” (Med-2A.3, 2017)	“Ética médica, princípios e diretrizes do SUS, método clínico centrado na pessoa, módulo de trauma, pediatria, ortopedia, conhecimentos epidemiológicos” (Med-5B.9, 2017)
“Morfofuncional e Habilidades Médicas, os saberes advindos dessas disciplinas são de extrema relevância para um melhor diagnóstico” (Med-2A.10, 2017)	“Nem todos, tem módulos que sai do nada e vai a lugar nenhum” (Med-6A.7, 2017)
“Humanização da medicina, pois a relação do médico com o paciente precisa ser humanizado” (Med-2A.11, 2017)	“Conhecimento acerca do funcionamento da saúde pública, metodologia científica (falha), conhecimento dos processos fisiológicos e patológicos do ser humano e o diagnóstico clínico e laboratorial, as habilidades de comunicação clínicas e cirúrgicas (essa última é bastante falha nos módulos)” (Med-5B.2, 2017)
“Propedêutica e imunologia são componentes curriculares deficientes no curso de medicina da UEPA e indispensáveis para uma boa prática médica” (Med-4A.12, 2017)	

Fonte: Elaboração própria (2018), com base na pesquisa empírica (2017).

Uma das manifestações afirma que há **“Humanização da medicina, pois a relação do médico com o paciente precisa ser humanizado”** (Med-2A.11, 2017), corroborando com o já anunciado pelo corpo docente e coordenação do curso. Entretanto, encontram-se discursos que denunciam fragilidades nesta formação, principalmente quanto a “propedêutica e imunologia” (módulo GIESC) e “habilidades cirúrgicas” (INC).

Após revisão da literatura sobre a temática, constata-se que ocorreram avanços na prática médica de ensino devido a necessidade dos profissionais se adequarem as realidades emergentes, buscando qualificações de forma a atender os requisitos e as expectativas de suas funções. Por outro lado, evidencia-se fragilidades no atendimento médico principalmente nas regiões Nordeste e Norte, onde identificou-se que o estado do *Pará* mantém a segunda menor razão entre as unidades (0,97 médico por mil habitantes), *havendo menos de um médico por grupo de mil moradores*.

Em 2006, sensibilizada com as estatísticas, a Universidade do Estado do *Pará* interioriza o Curso de Medicina no município de Santarém, pioneira no Estado, o qual formou sua primeira turma em junho de 2012” (UEPA, 2015, p.33). Percebe-se que os módulos estudados têm contribuído para a diminuição do *déficit* do atendimento na região, com as práticas junto a comunidade local. Principalmente com a mudança no currículo em 2015, quando substitui o módulo INC pelo GIESC, buscando aliar a formação e a prática profissionais, incorporando práticas do sistema de saúde, com características e especificidades das comunidades, no processo formativo do futuro médico.

Com base nos resultados encontrados no estudo empírico, no que tange a compreensão do processo de Humanização a partir da percepção da coordenadora, docentes e discentes e a prática humanizada na formação médica, verificou-se que o curso de Medicina da UEPA está em conformidade com as orientações legais no tocante às políticas públicas de humanização preconizadas para a formação médica no país e que a política de humanização está presente no curso estudado, conseguindo atender ao que preconizam as DCNs, em consonância com a concepção de formação profissional do egresso e o modelo pedagógico assumido pela IES.

É razoável concluir que superados os obstáculos presentes nas condições de trabalho, o processo de formação médica humanizada, que ainda representa importantes desafios ao desenvolvimento e aprimoramento desse dinâmico processo de mudanças, poderá vir a favorecer um atendimento humanizado e de qualidade para as populações, prioritariamente aquelas que vivem na região oeste do *Pará*.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J. L. Duzentos Anos de Ensino Médico no Brasil. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/arquivos/duzentos_anos_de_ensino_medico_no_brasil.pdf>. Acesso em: Jun. 2017.

AMORETTI, Rogério. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. **Revista brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro, v .29, nº 2, maio/ago. 2005

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENEVIDES, R. P. E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface (Botucatu)**. 2005; 9(17):389-406. DOI:10.1590/S1414-32832005000200014

BERBEL, N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface (Botucatu)**.1998; 2(2):139-54.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1988.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional** - nº 9394/96 de 20/12/1996. Brasília, 1996.

BRASIL. **Resolução CNE/CES Nº 04, de 07 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **LDB**: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei 9394 de 20 de dezembro de 2006. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Documento Base. 4^a ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.

BRASIL. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

CAMPOS, G.W.S. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** Interface (Botucatu). 2005; 9(17):389-406. DOI:10.1590/S1414-32832005000200016

CIUFFO R, Brant-RIBEIRO V. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: Um diálogo possível? **Interface 2008**;12(24):125-40.

DESLANDES, S. AYRES, J.R.C.M. Humanização e cuidado em saúde [editorial]. **Cien Saude Colet**, 2005; 10(3): 510.

GARCIA, A.V.; ARGENTA, C.E.; SANCHEZ, K.R.; SÃO THIAGO, M.L. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Rev. Saúde Coletiva**, vol 20. No. 3, Rio de Janeiro, 2010.

MATOSO, Olga. A Humanização em atos normativos: PORTARIAS. Relato histórico sobre a humanização, nas portarias do Ministério da Saúde, e deixo aqui na Rede HumanizaSUS, para pesquisa e informação de todos. 2010. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/9234-a-humanizacao-em-atos-normativos-portarias/> acesso em 15 de novembro de 2017.

MENDES, E. V. O Processo Social de Distritalização da Saúde. In: MENDES, E. V. (org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999. p. 93-158.

MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. GIRARDI-DE-MENDONÇA, J.M.; MORAIS-PINTO, M.; MEIRELLES, C.A.B; PINTO-PORTO, C. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Cienc Saude Colet**. 2008; 13 Supl2:2133-44.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, 2013; 47(6):1186-200.

PASCHE, D.F. PASSOS, Eduardo. A Importância da Humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008.

PASCHE, D.F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface Comun Saude Educ** 2009; 13(Supl. 1): 701-708.

PASCHE, E. P.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4541-4548, 2011.

REZENDE, JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. O ato médico através da história. pp. 111-119. ISBN 978-85-61673-63-5. **Available from SciELO Books** <<http://books.scielo.org>>.

SALES, L. F. Aprendizagem baseada em problemas (PBL) no curso de medicina no interior da Amazônia: uma análise do processo tutorial. **Dissertação de Mestrado** – Universidade Federal do Oeste do Pará, Pró-Reitoria de Pesquisa Pós Graduação e Inovação Tecnológica, Instituto de Ciências da Educação, Mestrado Acadêmico em Educação. Sistema Integrado de Biblioteca – SIBI/UFOPA. Santarém, 2016.

SALGUEIRA, A. P. *et al.* Aprendizagem ao longo da vida do Médico. **Acta Médica Portuguesa**, v. 22, p. 247-256, 2009.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A.P.; ALBUQUERQUE, V.S.; CAVALCANTI, F.O.L.; COTTA, R.M.M. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Cienc Saude Colet**. 2013; 18(1):159-70.

TEMPSK, Patrícia; BORBA, Mayla. O SUS como Escola. **Revista brasileira de educação médica**, 33 (3): 319 – 320; 2009.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. MORAIS, NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(1):80-88, jan-fev, 2004

UEPA. **Projeto Político Pedagógico Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará**. Santarém (PA), 2005.

UEPA. **Projeto Político Pedagógico Pedagógico Unificado do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará**. Santarém (PA), 2015.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P.P.; COSTA, R. (Orgs.). **Cadernos de Subjetividade** (reencantamento do concreto). São Paulo: Hucitec; 2003. p.71-86.

VILARTA, Roberto. **QUALIDADE DE VIDA E NOVAS TECNOLOGIAS**, Gustavo Luis Gutierrez, Teresa Helena Portela Freire de Carvalho, Aguinaldo Gonçalves (Organizadores). CAMPINAS: IPES EDITORIAL, 2007.

Recebido em 5/9/2018. Aceito: 5/12/2018.



Sobre autoras e contato:

Andréa Reni Mendes Mardock- Mestre em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida (PPGSAQ, 2018) do Centro de Formação Interdisciplinar da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). Especialista Planejamento e Gestão do Desenvolvimento Regional pela Universidade Federal do Pará (UFPA, 2004). Graduada em Pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA, 2004). E-mail: andrea.mardock@hotmail.com

Tânia Suely Azevedo Brasileiro- Professora Titular da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), lotada no Instituto de Ciências da Educação (ICED). Docente e pesquisadora dos mestrados PPGE, PPGSAQ e do doutorado PPGSND da UFOPA. Pós doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP). Doutora em Educação - Universidad Rovira i Virgili/Espanha (URV), título revalidado na Faculdade de Educação da USP. Psicóloga, Pedagogia e Licenciada em Educação Física, Recreação e Jogos. E-mail: brasileirotania@gmail.com