

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO AMERICANA
PRÓ-REITORIA DE PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO MÉDICA**

**O ENSINO DAS HABILIDADES EMOCIONAIS PELOS PRIMEIROS
DOCENTES DO CURSO DE MEDICINA DA UNILA.**

FLÁVIA JULYANA PINA TRENCH

Foz do Iguaçu - PR

2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA
PRÓ-REITORIA DE PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO MÉDICA**

**O ENSINO DAS HABILIDADES EMOCIONAIS PELOS PRIMEIROS
DOCENTES DO CURSO DE MEDICINA DA UNILA.**

FLÁVIA JULYANA PINA TRENCH

Trabalho apresentado como requisito parcial do Curso de Especialização em Educação Médica da Universidade Federal da Integração Latino-Americana - Instituição de Ensino Superior, para obtenção do Título de Especialista.

Orientação Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira.

Foz do Iguaçu - PR

2014

1-Introdução	4
2-Justificativa	10
3-Objetivo Geral.....	19
3.1-Objetivos Específicos:	19
4-Referencial Teórico.....	19
5-Metodologia.....	24
Referências Bibliográficas.....	25

Introdução

A Medicina e seu ensino foram se modificando ao longo da História humana. Inicialmente o adoecimento e a cura estavam relacionados aos humores divinos. Deuses descontentes castigavam indivíduos com enfermidades individuais ou coletivas (epidemias) e conseqüentemente o processo de recuperação da saúde estava diretamente relacionada a aplacar os ânimos divinos e voltar às boas graças de tais entidades. (1)

A arte médica era então fortemente revestida de aspectos religiosos e místicos. As pragas bíblicas e as consultas dos enfermos dirigidas a pitonisa do templo de Apolo em Delfos na Grécia antiga estão inscritas nesta leitura religiosa do processo saúde-doença, assim como em tempos mais recentes a apropriação por certas ordens religiosas da condução dos serviços hospitalares e o cunho de sacerdócio ainda hoje atribuído a profissão médica. Nesta ótica os médicos eram antes de mais nada, sacerdotes que intermediavam a relação entre o humano e o divino.

Posteriormente a Medicina buscou a compreensão das estruturas anatômicas e da fisiologia do organismo humano e suas alterações patológicas por meio de estudos de dissecação, observação e da análise da diversidade percebida entre o que era considerado normal e o que era denominado doente. Destas avaliações derivavam tratamentos individualizados para cada caso, onde eram utilizados: unguentos, poções, infusões, curativos e imobilizações.

O ensino da Medicina era feito de pai para filho e para discípulos escolhidos que guardavam uma estreita relação de apadrinhamento e familiaridade aprendendo a profissão no acompanhamento diário do médico sênior em suas rondas pelas casas dos enfermos. O médico era considerado o mentor de seus pupilos e era a fonte primordial do saber dos mesmos. Atribui-se ao grego Hipócrates, considerado o “pai da medicina” o afastamento dos aspectos religiosos e supersticiosos relacionados a atuação médica e a criação de uma maneira de pensar a Medicina de forma mais científica, tendo isso se passado na época da Grécia Socrática.

A evolução científica ocorrida desde então e principalmente nos últimos 200 anos impactou fortemente a prática médica que se revestiu de um cunho altamente

técnico - científico valorizando o conhecimento racional, a experimentação estruturada, o pragmatismo, a disseminação do conhecimento adquirido e sua aplicação prática. Porém se por um lado a Medicina se tornou capaz de entender, diagnosticar e tratar melhor certas doenças e conseqüentemente diminuir ou mesmo abolir (varíola) o adoecimento, aumentar a sobrevivência humana, prevenir enfermidades e promover saúde de forma massiva por outro lado houve um esgarçamento da relação médico-paciente e uma tremenda desvalorização do cunho humanístico do "ser médico", além de um distanciamento e adelgaçamento do contato entre discípulos e professores, porém ainda persistindo a figura do mestre que seria a única fonte de saber e do aluno (ser sem luz) esponja que absorve o conhecimento nele vertido para depois reproduzi-lo sem questionamento ou avaliação crítica.

O encantamento com a tecnologia e o saber científico fizeram o profissional moderno e seus professores incorrerem no pecado mitológico de húbriis: confiança excessiva, orgulho exagerado, presunção, arrogância ou insolência. (1)

Cegos e enfeitiçados pela Deusa Ciência abandonaram aspectos importantes de profissão médica como: escutar o outro, se colocar no lugar do outro, oferecer conforto quando a situação é sem solução, acalantar as esperanças, respeitar o luto, conter as angústias, se compadecer do outro, ser resiliente, saber comunicar-se empaticamente, trabalhar em equipe e dedicar tempo a formar este vínculo. (2,3)

A palavra clinicar, que vem do grego "kliniké" ao mesmo tempo que significa recostar-se (o doente), também significa inclinar-se (o médico) e traduz perfeitamente o conforto para o paciente oferecido pela simples presença de seu médico a beira do leito e a disponibilidade deste em estar ali reclinado sobre o mesmo, ambos em comunhão trabalhando juntos no processo de restabelecimento da saúde. (4)

O poder curativo da relação simbiótica médico-paciente tem sido desprezado em favor de uma Medicina centrada exclusivamente na aplicação da técnica o que ironicamente acaba resultando no uso inadequado da mesma, pois não é possível aplicar de forma correta o instrumental técnico se antes não tiver ocorrido um intenso encontro entre almas humanas.

Disto resulta o panorama visto hoje na área de saúde, onde observamos o exercício de uma Medicina “cara e de poucos resultados” que tem frustrado tanto pacientes quanto seus médicos e muitas vezes o colocado em campos opostos em uma relação belicosa que obviamente é fadada a colher resultados pífios e determinar o descontentamento de ambas as partes, além de levar a graves erros e até mesmo a desfechos fatais não esperados.

Assim como Asclépio, o médico mortal que ousou desafiar os Deuses e ressuscitar os mortos e foi fulminado por Zeus, o médico moderno está sendo punido com jornadas de trabalho intermináveis, múltiplos empregos com condições de trabalho deficientes, litígios judiciais com pacientes e seus familiares, esfacelamento do poder aquisitivo, síndrome de Burnout e uma frustração profissional inominada que se estende por todos o globo dos EUA ao Japão, passando pelo Paquistão e se espalhando pelos países da América Latina e demonstrando que trata-se de algo mais profundo que a simples falta de estrutura material para realizar seu trabalho. Médicos e pacientes estão carentes de contato humano. (5,6)

No entanto no núcleo de toda crise encontram-se também as soluções e possibilidades de correção de rumo que podem determinar a transformação do modelo vigente em algo mais adequado aos anseios atuais. (6)

Particularmente no Brasil uma das estratégias encontradas para modificar este panorama foi propor a modificação da estrutura de formação dos novos médicos balizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina instituída em Junho de 2014 e que pauta claramente o desejo por um profissional médico que seja capaz de aglutinar tanto habilidades técnicas quanto emocionais de forma equilibrada para proporcionar uma atenção integral a saúde do paciente. (7,8) Podemos observar tal fato na leitura atenta de vários pontos do documento:

“Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e

tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.”

VI - ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;

VII - comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado; ´

Seção II - Da Gestão em Saúde

V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade.

Todas as proposições das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina deverão estar aplicadas em um período de no máximo um ano por todos os cursos já em atividade.

Na cidade de Foz do Iguaçu foi criado no primeiro semestre de 2014 o curso de Medicina da Universidade Federal de Integração Latino Americana (UNILA), seguindo a diretriz institucional de oferecer metade de suas vagas para alunos brasileiros e a outra metade a alunos de países da América Latina sendo esta uma particularidade fundamental deste curso em relação às demais graduações de Medicina no país.

O Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNILA (PPC) está fortemente alinhado ao proposto pelas novas DCN e evidencia em seu interior fundamentos

muito claros de seu compromisso com a transformação tanto do currículo, como do processo de ensinar e com as características finais que deseja de seu egresso.

O PPC do curso de Medicina da UNILA tem como um dos objetivos descritos:

“Propiciar uma formação médica comprometida com as Diretrizes

Curriculares Nacionais com o desenvolvimento de competências gerais e habilidades específicas para o desenvolvimento de ações de promoção,

Proteção e recuperação da saúde nos diferentes níveis de atenção. “

Tem como uma de suas Metodologias voltada para docentes o Incentivo ao desenvolvimento docente - Pensar em novos papéis para o docente exige projetar espaços de formação dos professores que sejam norteados pela valorização da prática cotidiana, privilegiando os saberes que os professores já construíram sobre o seu trabalho assistencial e educativo e desenvolvendo possibilidades de refletir sobre a própria prática, identificando avanços, zonas de dificuldades e nós críticos na relação ensino aprendizagem, bem como formulando, em parceria com outros colegas, caminhos de transformação da docência universitária. (8)

Observa-se que, na Universidade brasileira interagem diferentes modelos de docência: o do pesquisador com total dedicação à universidade e uma sólida formação científica; o do professor reproduzidor do conhecimento e o do professor que se dedica à atividade acadêmica, mas carece de uma formação consistente para a produção e socialização do conhecimento. A institucionalização de práticas de formação docente torna-se, assim, fundamental. Tomar a própria prática (ação-reflexão-ação) como ponto de partida para empreender transformações no cotidiano do ensinar e aprender na Universidade coloca-se como eixo estruturante para o processo de formação/desenvolvimento docente”

No PPC da UNILA das 24 habilidades requeridas ao egresso do curso de Medicina as 6 primeiras são de ordem predominantemente emocional:

a) aplicar os princípios morais e éticos com responsabilidades legais

Inerentes à profissão;

- b) aplicar, para a tomada de decisão, os aspectos morais, éticos e legais Da profissão;
- c) capacidade de lidar com paciente terminal e aplicar princípios de Tratamento paliativo;
- d) utilizar linguagem adequada sobre o processo saúde-doença que Permita ao paciente e familiares tomados de decisões compartilhadas;
- e) comunicar-se ética e eficazmente com colegas, instituições, comunidade e mídia;
- f) valorizar a interação com outros profissionais envolvidos nos cuidados com o paciente, por meio de trabalho em equipe

Como forma de estruturar o processo de ensino/ aprendizado o curso de Medicina da UNILA apresenta uma divisão em 5 eixos formativos:

- 1- Eixo “Formação médica para o cuidado”
- 2- Eixo “Desenvolvimento de Habilidades Médicas”
- 3- Eixo “A Dimensão biológica e as afecções prevalentes do Ser Humano”
- 4- Eixo “Formação crítica e investigativa do Médico”
- 5 - Eixo “Formação Humanística e Cidadã do Médico Latino- Americano”

Os eixos formativos não devem ser entendidos como estanques e apartados, mas sim como estruturas que interagem umas com as outras propondo intervenções recíprocas, modificações, críticas e contribuições que de forma conjunta e integrada vão levar a construção do perfil de egresso pretendido. Sendo assim deve ser compreendido que o foco da docência deve estar voltado de forma proporcional e muitas vezes simultâneas tanto para o ensino de habilidades técnicas quanto para o das habilidades emocionais, mesmo nos módulos de caráter mais técnico.

O curso de Medicina da UNILA iniciou suas atividades no dia 21 de Agosto de 2014 com uma turma de 60 alunos aproximadamente, sendo um curso que em seu

nascedouro já está comprometido com a aplicação das determinações da última DCN de junho de 2014 e traz uma demarcação clara de se comprometer com a transformação que permitirá a construção de um perfil particular de profissional médico para futuro.

A equipe inicial de docentes do curso de Medicina da UNILA é composta por 18 professores que tem como missão transformar em realidade as proposições das DCN e do PPC.

Vale observar que a equipe é composta por profissionais de áreas diversas, sendo 3 biólogos, 1 psicólogo, 1 enfermeira, 1 fisioterapeuta e 12 médicos de especialidades distintas (2 saúde da família, 2 cardiologistas, 1 endocrinologista, 2 ginecologistas, 1 pediatra, 1 neuro-fisiologista, 1 clínico ,1 infectologista e 1 psiquiatra), porém todos tem em comum o fato de terem sido formados em currículos tradicionais tecnicistas, organicistas e centrados na patologia e somente uma minoria destes possuem experiência docente anterior (6), e esta predominantemente utilizando metodologias tradicionais.

Justificativa

A assistência à saúde, em primeira instância, é uma competência do Estado, de todos os profissionais da área e da sociedade.

Ao afirmar isso, defendo a ideia de saúde como um conjunto de direitos cidadãos que permitem às pessoas a promoção e a sustentabilidade de um “estado de saúde” que, evidentemente, passa por aspectos legais, passa por políticas públicas, por ações Inter setoriais e também pela formação de agentes, os

profissionais da área da saúde, incluindo os médicos, que deveriam contribuir para a perspectiva ampliada desse conceito.

Entretanto, o “estado de saúde” passa também pelas pessoas propriamente ditas, à medida que as escolhas pessoais de cada um podem ou não gerar saúde. Este conceito tem relação com a capacidade de cada um interagir na sua própria maneira de viver, na sua relação com o trabalho, com o lazer, com seus sentimentos, enfim, o indivíduo é peça fundamental desse “direito” e sua perspectiva de melhoria contínua.

A estrutura do modelo de assistência à saúde no Brasil tem passado de um modelo medicocêntrico para o de promoção à saúde cujo objeto de estudo sai da visão da doença como uma entidade orgânica e passível de correção sempre de caráter intervencionista para a compreensão de um modo de vida, condições de trabalho, numa perspectiva de construção de hábitos e possibilidades de acesso e manutenção de um possível estado de saúde.

Para tal, passa-se a entender que a forma de obtenção desse novo paradigma desenvolve-se por meio de uma tecnologia social cujas políticas públicas, ações inter setoriais, que objetivem à promoção da saúde e, por consequência, à prevenção de seu agravo, constitui-se na melhor forma de organização para uma assistência à saúde detentora de qualidade.

Obviamente existe uma grande insatisfação tanto por parte dos pacientes como por parte dos profissionais médicos e outros profissionais da área de saúde com o perfil do médico atual. E isto se dá não só no Brasil como em outros países do mundo independentemente do nível de desenvolvimento econômico ou cultural destes.

O modelo exclusivamente tecnicista de formação destes profissionais dá sinais de exaustão. É um modelo economicamente oneroso, pouco implicado com as particularidades de cada local, as cultura e crenças vigentes e unicamente focado no aspecto curativo, não englobando de forma sistemática, constante e valorizada as ações de promoção e ou prevenção de saúde. Opressor e frustrante para pacientes e médicos. Pouco seguro e bastante dado a erros de diversas magnitudes. Ao olharmos historicamente para a evolução mais recente dos modelos de atenção à saúde em nosso país, percebemos claramente que a concepção paradigmática de

saúde passou, num primeiro momento, pela força da mudança política, que vivíamos na década de 80.

Nesse período, alguns países como a Itália e a Inglaterra passavam por uma grande discussão sobre como devia se organizar a lógica de atenção à saúde no sentido de deslocar o eixo de atenção para uma perspectiva de “promoção à saúde” e não de “resolução da doença”. Esse movimento foi denominado de Reforma Sanitária, um grande impulso no Brasil para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988. O Quadro 1 explicita esse processo em nosso país:

QUADRO 1 - EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL NO SÉCULO XX

MODELO	SUJEITO	OBJETO	MEIOS DE TRABALHO	FORMAS DE ORGANIZAÇÃO
Médico Assistencial Hegemônico	Médico Paramédicos	Doença Clínica Processos Cirúrgicos	Tecnologia	Rede Hospitalar
Sanitarista	Sanitárias Auxiliares de Saúde	Modo de Transmissão e Fatores de Risco	Tecnologia Sanitária	Campanhas e Programas
Vigilância da Saúde	Equipe de Saúde	Modo de Vida	Tecnologia	Políticas Públicas
Promoção da Saúde	População Cidadã	Condições de Trabalho	Social	Ações Intersetoriais Intervenções

Fonte: Adaptado por CAMPOS, G. W. de S., 1992.

Como podemos observar, vivíamos até a década de 70 um modelo de atenção à saúde pautado numa perspectiva de reconhecimento da “doença” como ponto de partida para uma intervenção no padrão de saúde de um indivíduo. Ora, dessa maneira, evidentemente, as ações decorrentes dessa lógica de concepção são de caráter intervencionista cuja “cura” necessita de correções medicamentosas e cirúrgicas; portanto a solução da doença acontece com base em exames clínicos e cirúrgicos e, dessa maneira, a forma de trabalho é, evidentemente, calcada numa ótica tecnológica. O reflexo disso no plano da formação em saúde é uma ênfase brutal na necessidade de exames clínicos, laboratoriais e envolvendo outras tecnologias para a possível resolução do problema de saúde apresentado; o reduto para todas essas ações passa a ser o hospital, o que impõe custos extremamente elevados e frequentemente desnecessários. Mello (1977), Navarro (1983), Campos (1992), Cecílio (1994) têm em suas obras evidenciado a trajetória do modelo de saúde brasileiro, corroborando com o exposto acima, demonstrando que essa visão tecnológica e tecnicista estabeleceu um paradigma de saúde na perspectiva da ação baseado na exclusão do indivíduo como partícipe desse processo, ou seja, o paciente tinha uma perspectiva passiva, de recebimento e aceitação da “solução” apresentada e esta se mostrava desvinculada de componentes sociais, políticos e outros, como hábitos de vida, relação com o trabalho e lazer.

Assim, é evidente que o ensino médico nesse período tinha a característica “bancária” que tão bem Freire (1998) nos mostrou em sua obra; ou seja, as “fórmulas”, as receitas de intervenção eram entendidas como aspectos a serem “passados” do professor para o aluno, numa perspectiva de reprodução a mais fiel possível.

No final dessa década e início da de 80, a compreensão de que outros fatores eram determinantes num processo de adoecimento, passam a ser valorizados.

É importante ressaltar que, nesse período, inúmeras descobertas, como a dos antibióticos, a compreensão de como aconteciam as doenças crônico-degenerativas, a importância da genética como fator determinante

das patologias, enfim, muitos aspectos de cunho científico e, de pesquisa afloraram, determinando uma visão “biologista” da saúde. Paralelamente a isso, uma visão sanitaria passa a ganhar corpo, entendendo que as ações coletivas tinham um poder de alcance maior, no que diz respeito ao processo de conscientização. A percepção de que alguns problemas de saúde crônicos como, por exemplo, a hipertensão arterial, tratados numa perspectiva mais coletiva, faziam as pessoas trocar de forma mais eficiente percepções, maneiras de conviver com a patologia e constância numa “forma de viver” mais resolutiva para esse tipo de doença.

Assim, passa-se a usar tecnologias pautadas em processos de conscientização de massa como campanhas, programas, numa perspectiva mais coletiva de resolução dos problemas de saúde apresentados, chamando a atenção das pessoas para aspectos preventivos, mas sempre com uma grande ênfase na forma de transmissão e sua “força” na determinação de uma determinada patologia. O reflexo disso no plano do ensino médico foi a introdução de discussões que contemplassem mais fortemente o trabalho em equipe, a necessidade de aproximação maior com o usuário do sistema, porém sem a ênfase adequada ao seu modo de vida, trabalho e lazer. Vale lembrar que, até esse período, o chamamento das pessoas e, por conseguinte, a formação dos futuros profissionais de saúde eram baseadas na ideia de “doença” e não da “saúde¹”

Assim, no final da década de 80, assistimos ao que, entendo, se constituiu numa grande transformação na assistência à saúde em nosso país, que foi a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos pressupostos assumidos ditavam uma perspectiva muito mais ampla de entendimento de como devesse ser um modelo de atenção à saúde, mais amplo, mais digno e cidadão.

Dessa forma, o sujeito desse modelo não é mais um profissional específico, como o médico, nem tampouco uma equipe multiprofissional e, sim, a soma dessa equipe e da sociedade como um todo, ou seja, dos cidadãos que têm sua participação na conquista e manutenção de seu padrão de saúde. Obviamente, passa a ser fundamental o conhecimento do modo de vida, no que tange às condições de trabalho, às formas de lazer, ao aspecto emocional, ao afeto, às

¹ Ver em LIMA-GONÇALVES, E. *Médicos e ensino da medicina no Brasil*. São Paulo: Edusp, 2002 - a forte influência do conceito de “doença” e não o de “saúde” durante muito tempo em nosso país, nos processos de formação médica.

relações com a família e a outros vínculos pessoais. Tudo isso contribui e define um determinado “estado de saúde”.

Para o funcionamento dessa lógica, fica clara a necessidade de estabelecimento de políticas públicas, ou seja, a presença marcante do Estado como elemento central na garantia da equidade, universalidade e gratuidade de todas as suas ações.

Outro aspecto importante é a viabilização de ações Inter setoriais, ampliando a compreensão de saúde como resultado de outras parcerias, por exemplo: água tratada, escolaridade de boa qualidade e para todos, distribuição de renda mais justa, entre outras.

Portanto, formar profissionais médicos ou qualquer profissional da área da saúde deve prever o estímulo à capacidade de compreensão de todas essas contradições e a sua confrontação ou superação, pode determinar a possibilidade, a força e magnitude de uma inovação no campo pedagógico.

É imprescindível, então, entender que formar médicos nesse paradigma de saúde envolve mudanças curriculares que deem conta desse tipo de compreensão e que reflitam o pensamento da maioria dos docentes da instituição.

No mundo da educação e da saúde, várias disciplinas se misturam num olhar potencialmente transformador; assim, a composição de novas ideias e, de novas certezas mexe com a hipotética segurança de muitos campos do saber e, por isso, às vezes, caracteriza-se como mais traumática.

Poderíamos dizer que, como educadores, nos envolvemos com o ato de conhecer e, evidentemente, há uma intencionalidade nesse ato que interfere no conhecimento resultante e, portanto, não se pode dizer que exista a possibilidade de transcrição pura da verdade, uma visão de “neutralidade”, tanto no sentido quanto na razão. Portanto precisamos estudar o ato de conhecer antes de podermos declarar o conhecimento de algo além dele, como uma realidade provisória.

No campo do ensino da saúde, há uma fraca tradição de investigação e os paradigmas são “revistos” ou substituídos por novos pares à guisa de mera troca ou de modismo, e isso nos parece preocupante quando entramos na perspectiva da

inovação curricular, entendendo-a como a superação de uma contradição, portanto, um novo conceito e não uma nova leitura do conceito anterior.

O que quero dizer é que a ideia de inovação curricular só é genuína à medida que traduz uma ruptura com um modelo anterior, evidencia um processo de superação no processo de ensino/aprendizagem anteriormente adotado.

Freire (1995, p. 207)² apontava que o conhecimento compreende os ciclos de produção do "novo" e o de percepção do conhecimento já existente. Ele nos chama a atenção para a compreensão de que esses dois momentos não podem ser dicotomizados, sob pena de se

[...] reduzir o ato de conhecer a uma mera transferência do conhecimento já existente, com a conseqüente perda das qualidades necessárias à produção do conhecimento: ação, reflexão crítica, curiosidade exigente, inquietação, incerteza - virtudes indispensáveis ao sujeito cognoscente.

Olhar para uma inovação pedagógica é, portanto, refletir sobre essas qualidades e percebê-las como campos possíveis do "ser e fazer pedagógicos" na formação em saúde.

Assim, remetendo esse raciocínio para a evolução dos modelos de atenção à saúde no Brasil, é importante que se perceba que foi este trajeto: *ação e reflexão crítica*, que caracterizou o atual paradigma de saúde e o conseqüente modelo de atenção ora em consolidação. Evidentemente que não podemos deixar de considerar que o aspecto econômico que vivíamos nesse período se caracterizou também como um precipitador da revisão da gestão da saúde no Brasil; vivíamos uma profunda crise econômica nacional com nosso país mergulhado na inflação, na recessão e desemprego, a par de um processo de redemocratização.

O direito à saúde – definido como direito de todos e dever do Estado, no artigo nº 196 da Constituição Federal de 1988 demarca uma legitimação dessa concepção de ver saúde.

² FREIRE, P. *Cartas a Cristina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 207 - faz uma relação importante de entendimento do "novo" com o que o autor chama de "pensar certo" que só é possível se concomitante a este pensar, possa-se agir e refletir sobre o mesmo.

A partir disso, o ensino médico, ou de forma mais ampla, o ensino dentro da saúde, passa necessariamente pela defesa, pela compreensão dessa ideia, desse paradigma.

Mas essa concepção é mais que um “fazer pedagógico”, é a possibilidade de cada educador de saúde acreditar, criticar, defender e abraçar verdadeiramente essa forma de modelo de atenção, e esse é um processo “paralelo”, pessoal e “intransferível” que aparece, primeiramente, na noção de cidadão que cada um e, obviamente, que cada educador tem consigo mesmo.

Ou seja, se como cidadão entendo ser verdade e abraço a ideia de saúde como direito de todos, como educador isso, evidentemente, aparecerá na construção de um conhecimento dentre cujos objetivos do processo de formação terei a compreensão em relação a esse futuro médico de que ele é também um agente de transformação social, gerador de pessoas com mais autonomia na conquista e manutenção da sua saúde.

Ao remetermos essa discussão, por exemplo, para o campo dos componentes curriculares, evidentemente conteúdos como controle social, conhecimento de indicadores socioeconômicos, o papel da ética na assistência à saúde, são questões que passam a ser fundamentais numa estrutura curricular contemporânea e inovadora em saúde.

É importante também situar que esse caminho histórico de evolução dos modelos de atenção à saúde vai sendo refletido, de alguma forma, nas esferas governamentais ligadas à educação e à saúde propriamente ditas.

Assim, à medida que o país adota um modelo de atenção como o SUS, evidentemente algumas questões como, por exemplo, as diretrizes curriculares vão se apresentando como elementos fomentadores de uma mudança que não necessariamente apontam para uma inovação de conhecimento, embora tenham essa prerrogativa.

O modelo tradicional de currículo médico não tem espaço para ativamente promover o desenvolvimento das habilidades emocionais, que são em última instância as que permitem a vinculação médico-paciente e é o lugar em que efetivamente ocorre o processo de identificação, transferência e cura.

A ênfase que deve ser dada ao ensino de habilidades emocionais encontra-se claramente demarcado em trechos da DCN e devem ser ativamente perseguidos pelos docentes do curso de Medicina da UNILA.

“Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado”

“Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade”

“Comprometer-se com seu processo de formação, envolvendo-se em ensino, pesquisa e extensão e observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde, a partir dos processos de auto avaliação e de avaliação externa dos agentes e da instituição, promovendo o conhecimento sobre as escolas médicas e sobre seus egressos;

Portanto se por um lado temos a sociedade e as determinações legais conclamando a esta mudança de paradigma por outro temos a cargo de conduzir este processo docentes pouco experientes, embora comprometidos e que foram formados em currículos tradicionais.

Entendo ser de interesse acompanhar a trajetória de tais docentes ao longo dos anos iniciais do curso de Medicina afim de conhecer a maneira como eles vão se conduzir neste processo de ensino das habilidades de ordem emocional sem desvalorizar o conteúdo de aspecto técnico.

Objetivo geral

Conhecimento da trajetória dos docentes do curso de Medicina da UNILA no tocante as ferramentas utilizadas para o ensino de habilidades emocionais em sua prática nos primeiros anos de implantação do curso na cidade de Foz do Iguaçu.

Objetivos específicos

Revisar a literatura científica a fim de verificar quais as principais ferramentas, atitudes e técnicas utilizadas para o ensino de habilidades médicas de ordem emocional na graduação de Medicina no Brasil.

Verificar como está sendo desenvolvido o ensino de habilidades médicas de ordem emocional pelos docentes dos primeiros anos de implantação do curso de Medicina da UNILA.

Referencial Teórico

Todas essas mudanças remetem a novos olhares no mundo da educação que passam a ser necessários no atendimento desses novos paradigmas.

Nesse sentido, a década de 80 foi extremamente frutífera no sentido de construir "brechas", enfim, outras perspectivas educacionais inovadoras para o Brasil; cabe então destacarmos educadores como: Paulo Freire, Saviani, Tratenberg e Gadotti como autores que abraçaram concepções de educação mais avançadas alicerçadas numa compreensão social e política de mundo. Entendendo tais concepções como inovadoras para a sua época, podemos esquematizá-las da seguinte forma, conforme nos mostra o Quadro 2:

QUADRO 2 – Comparação dos aspectos Constituintes dos modelos Educacionais Brasileiros Desenvolvidos no Século XX

CONSERVADOR/ LIBERAL		PROGRESSISTA		
PROJETOS DETERMINANTES DE MANUTENÇÃO DE POLÍTICA	HISTÓRICOS PARA UMA POSTURA	PROJETOS A ELEMENTO MUDANÇA DE	HISTÓRICOS ESCLARECEDOR DE	COMO DE UMA POSTURA POLÍTICA
FRAGMENTAÇÃO METODOLÓGICA		UNIDADE METODOLÓGICA		
TRABALHO DESINTEGRADO	PEDAGÓGICO	TRABALHO INTEGRADO	PEDAGÓGICO INTERDISCIPLINARIDADE	
ÊNFASE NO COGNITIVO / VERBAL		CONTEÚDO MULTILATERAL -TODAS AS DIMENSÕES HUMANAS		
ALIENAÇÃO /INDIVIDUALISMO		AUTO-ORGANIZAÇÃO / TRAB. COLETIVO		
SISTEMA EXCLUDENTE		SISTEMA INCLUDENTE		

O Quadro 2 representa de forma esquemática as características antagônicas existentes entre o modelo conservador/liberal contrapostas ao modelo progressista na Educação e podemos claramente perceber o reflexo de tais modelos de ensino na formação e finalmente no desempenho profissional e postura do médico no Brasil conforme exposto no Quadro 1 e que parte de uma estruturação hegemônica, medicocêntrica e técnica/curativa para uma proposta de participação ativa do paciente, contemplando a interdisciplinaridade e ações de prevenção e promoção a saúde tendo tanto peso quanto as intervenções curativas.

Freire (1998) falava da importância de não vermos a história como “determinismo” e sim como “possibilidade”; assim, entendo que o modelo educacional conservador/liberal em nosso país estabelecia uma “explicação” para a manutenção de uma visão pedagógica que, no âmbito da saúde, perpetuava uma perspectiva passiva, sem historicidade e, portanto, sem capacidade de intervenção das pessoas.

Evidentemente, o trabalho pedagógico neste modelo fragmenta-se metodologicamente e é colocado de forma compartimentalizada, sem a possibilidade de integração de outros saberes.

Nessa lógica fica evidente que a ênfase do processo de ensino/aprendizagem está pautada exclusivamente no cognitivo, o que reforça o trabalho individual, sem perspectiva coletiva de construção de um conhecimento. Esse sistema tem clara ação excludente, não havendo espaço para o “diferente”, para outras visões de mundo.

Valendo-me novamente de Freire (1998, p. 85), penso num dos seus dizeres,

O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. Não sou apenas objeto da História, mas seu sujeito igualmente.

Abraçando essa ideia, entendo que o projeto progressista prevê a inserção histórica como elemento esclarecedor de uma determinada visão política, o que, por sua vez, determina uma lógica do processo de ensino - aprendizagem que repousa sobre uma unidade metodológica cujo conteúdo abarca todas as dimensões do ser humano.

A produção do conhecimento é, portanto, pautada na busca da autonomia e numa perspectiva coletiva, entendendo o trabalho pedagógico como algo integrado, estimulador de uma visão interdisciplinar, aglutinando vários “saberes” que se compõem, entrelaçam -se.

É possível ver-se, no ambiente acadêmico, o professor atribuir a antigas causas (que já não estão presentes) os seus problemas com o ensino, a instituição e os alunos. Na verdade, quando uma mudança concreta puder ocorrer e significar para o professor menor controle sobre os alunos e menos autoridade em um assunto, a resistência se coloca de modo palpável.

Compreender a resistência como um fenômeno inerente aos indivíduos em determinadas situações pode ajudar a descobrir estratégias para diminuí-la, além de descaracterizá-la como uma dificuldade ou problema, do qual o professor é portador.

Cunha (1998, p. 12), no livro "O professor universitário na transição de paradigmas," na fala de alguns pressupostos sustentadores de uma atividade pedagógica de cunho positivista, sendo a figura do professor caracterizada pela imutabilidade de sua ação. Diz a autora:

O professor é a principal fonte da informação e sente-se desconfortável quando não tem todas as respostas prontas para seus alunos [...] a competência do professor é medida através de suas habilidades de "transferir" informações com precisão e segurança de forma que o aluno nunca perceba qualquer indecisão ou dúvida.

Para reagir a este modelo e construir uma prática docente inovadora, destacamos pressupostos que podem contribuir para uma sintonia no trabalho docente, tais como:

compreensão do mundo: o entendimento de como esse professor vê o mundo em que vive e sua relação com as mudanças históricas, políticas, econômicas e sociais que o permeiam;

compreensão da educação: o trabalho docente envolve uma premissa que é: que educador sou eu? O que é educar para mim? Neste momento, sinto, fundamentada principalmente na minha trajetória pessoal, que existem dois grandes caminhos: o caminho dos que acreditam que educar é transmitir conhecimento, e o fazem com competência, dedicação, mas sempre na perspectiva "vertical", ou seja, de "quem sabe mais" para "quem sabe menos", determinando que a qualidade desse conhecimento está pautada na qualidade do conhecimento do professor; o educando é apenas um receptor, que pode ser também dedicado, inteligente, participativo, porém sempre no papel passivo de receber e "guardar e reproduzir" o conhecimento em questão o mais fielmente parecido com seu professor.

Mas, há outro caminho, que é o da crença na construção do conhecimento e para tal é fundamental a participação do aluno, mas não como mero receptor, mas como partícipe ator envolvido com seu professor, na tarefa de descobrir, de construir um conhecimento.

Acreditar nisso, nessa perspectiva de "fazer pedagógico", é acreditar em valores muito sólidos, como participação; é acreditar na força do coletivo, é saber

escutar, é saber rever, superar contradições; ou seja, o educador, ao optar por esse caminho, opta por uma maneira de “viver” que, evidentemente, tem seu ônus, tem suas marcas.

Acredito que uma das falas de Freire (1998, p. 96) traduza essa ideia de forma muito clara,

O fundamental é que o professor e alunos saibam que a postura deles, do professor e dos alunos, é dialógica, aberta, curiosa, indagadora e não apassivada, enquanto fala ou enquanto ouve. O que importa é que professor e alunos se assumam epistemologicamente curiosos.

O mundo acadêmico é indiscutivelmente o palco da construção sistemática de saberes e isso dá a essa situação algumas características muito peculiares.

O professor, investido de sua autoridade de conhecedor profundo de uma determinada área de conhecimento, pode gerir essa autoridade de duas grandes maneiras: ele pode vê-la como uma autoridade constantemente inacabada, sendo necessária, de forma constante, sua atenção para a possibilidade de novos olhares, novos saberes ou pode entendê-la como uma situação solidamente construída que não requer esse movimento de repensar ou refazer. Evidentemente que esse raciocínio não se aplica exclusivamente a categoria dos professores, mas, não podemos deixar de observar que nela, em especial, inovar, é mexer em certezas que compõem a imagem profissional, a fala de muitos anos, o agir já “incrustado” numa pessoa que tem uma ação direta em inúmeras outras, pois ele é o formador de seus alunos.

A ênfase aos procedimentos e estratégias para se reduzir a resistência à inovação se explica pelo fato de que, embora ela possa ser imposta por vias coercitivas, não será jamais adotada, o que a condena obviamente ao fracasso.

A adoção de uma inovação somente se dará pela da construção coletiva e, portanto, do convencimento, da capacitação, da motivação e da crença de todos os atores envolvidos, especialmente o professor.

Metodologia

A pesquisa dar-se-á no âmbito da metodologia qualitativa com o uso das seguintes ferramentas: estudo de caso, grupo focal e entrevistas semiestruturadas.

Serão constituídos dois grupos focais com os docentes e preceptores atuantes no Curso de Medicina da Unila.

Serão realizadas entrevistas semi estruturadas junto aos docentes e uma amostra de 30% junto ao corpo discente.

Referências Bibliográficas

1- KAUFMAN A (org) . **De estudante a médico, a psicologia médica e a construção de relações**. Editora Casa do Psicólogo, 2010.

2- NUNES S.O.V , OGATTA E.M, FILHO F.F. O, PONTES R.M..A, CARDOSO L.T.Q., GRION C.M.C, DIPL R.M., CARVALHO L.C.L.C. **O Ensino de Habilidades e Atitudes: um Relato de Experiências** Universidade Estadual de Londrina REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 37 (1) : 126-131; 2013

3- IMRAN N, AFTAB MA, HAIDER II, FARHAT A. **Educating tomorrow's doctors: A cross sectional survey of emotional intelligence and empathy in medical students of Lahore**. Pak J Med Sci 2013;29(3):710-714. doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.293.3642>

4-MALDONADO M. T. , CANELLA P. **Recursos de Relacionamento para Profissionais de Saúde, a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais.** Editora Novo Conceito , 2009.

5-JAUHAR S., **Doctored , The Disillusionment of na American Physician** , e-book MacMillan, 2014.

6-YASUTOMO O.,^{1,*} HIROTAKA O.,² TAKANOBU S.,¹ KAZUMA F. and SHUNZO K. **Improvement in medical students' communication and interpersonal skills as evaluated by patient satisfaction questionnaire after curriculum reform.** J. Clin. Biochem. Nutr. | July 2014 | vol. 55 | no. 1 | 72–77 doi: 10.3164/jcbrn.14_29.

7-MORIN, E. **Os Sete Saberes Necessários á Educação no Futuro.** Editora Unesco, <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/EdgarMorin.pdf> Acesso em 2 de Novembro 2014.

8-**Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina da UNILA** , Foz do Iguaçu, 2014.
<http://unila.edu.br/sites/default/files/files/PPC%20MEDICINA%20UNILA.pdf>
acessado 2 de Novembro de 2014.

9- **Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, de 20 jun. 2014 a. Seção 1, p. 1.

