

# Cultura e prática médica: trabalhando a competência cultural em um curso de graduação de medicina, São Paulo, Brasil

Culture and Medical Practices: Working cultural competences in an undergraduate medical course, São Paulo, Brazil.

Cultura y Práctica Médica: Trabajando la competencia cultural en un curso de grado de medicina, São Paulo, Brasil.

Maria Elisa Gonzalez MANSO<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Centro Universitário São Camilo, Curso de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.

## Resumo

A Antropologia da Saúde busca ampliar a visão que as áreas técnicas têm sobre o processo de adoecimento. O entendimento da influência da cultura, tanto na inserção em uma equipe de trabalho quanto na relação médico-paciente, propicia ao futuro médico um olhar crítico sobre a atual prática clínica tendo como pressupostos a empatia, o vínculo e a integralidade da atenção. Este foi o propósito do oferecimento da disciplina Cultura e Prática Clínica. O objetivo deste relato é apresentar a experiência de seis anos de oferecimento desta disciplina em um curso de graduação de medicina em um Centro Universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil, voltada para educandos que cursam do primeiro ao sétimo semestre. A disciplina é baseada na metodologia da problematização, buscando a influência dos aspectos culturais e as dificuldades trazidas pela forma como o ensino médico ainda se pauta no que tange à hiperespecialização e à visão fragmentada do ser humano em contraste com os princípios do SUS e a proposta de humanização da atenção. Os temas de maior recorrência discutidos ao longo destes anos referem-se aos conflitos entre as diferentes concepções que o médico e o enfermo têm do adoecer, do itinerário terapêutico e da adesão ao tratamento, bem como da visão que os educandos trazem de seu papel enquanto profissional de saúde. A dificuldade encontrada ao longo destes dois anos é o conflito entre a proposta do curso e a visão que o aluno traz do que é ser médico. Apesar das dificuldades de incorporar uma visão diferenciada da prática clínica, este curso vem proporcionando aos alunos um repensar de suas escolhas, além de reflexões e acolhimento, o que faz com que os participantes se coloquem de uma forma mais aberta perante as necessidades das pessoas e do sistema de saúde brasileiro.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Antropologia Médica; Competência Cultural; Currículo.

**Recebido:** 12 ago 2019

**Revisado:** 22 ago 2019

**Aceito:** 11 out 2019

### Autor de correspondência:

Maria Elisa Gonzalez Manso  
mansomeg@hotmail.com

### Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.



**Abstract**

Anthropology of Health seeks to broaden the views that the technical areas have towards the disease process. Understanding the influence of culture, related both to the insertion in a work team and to the doctor-patient relationship, provides the future physician with a critical look regarding the current clinical practice based on empathy, bonding and comprehensive care. The purpose of this report is to present the experience of six years of offering this subject in an undergraduate medical course at a University Center in the city of São Paulo, SP, Brazil, and aimed at students who attend the first to seventh semester. The discipline, Culture and Clinical Practice, is based on problematization methodology, seeking the influence of cultural aspects and the difficulties brought about by the way medical teaching is still too tied to hyperespecialization and to a fragmented view of the human being in contrast with the SUS principles and the proposal of humanization of attention. The most recurrent themes discussed throughout these years refer to the conflicts between the different conceptions that the doctor and the patient have of the sickness, the therapeutic itinerary and the adherence to treatment, as well as the view that students bring about their role as healthcare professional. A significant difficulty encountered over these years is the conflict between the course proposal and the student's view of what it is to be a doctor. Despite the difficulties of incorporating a differentiated view of clinical practice, this course has been providing students with a rethink of their choices, as well as reflections and acceptance, which allows participants to more openly address the needs of the people and of the Brazilian health system.

**Keywords:** Primary Health Care; Anthropology Medical; Cultural Competency; Curriculum.

**Resumen**

La Antropología de la Salud busca ampliar la visión que las áreas técnicas tienen sobre el proceso de la enfermedad. Comprender la influencia de la cultura, tanto en la inserción en un equipo de trabajo como en la relación médico-paciente, proporciona al futuro médico una visión crítica de la práctica actual, basada en la empatía, la vinculación y la atención integral. Este fue el propósito de ofrecer la disciplina Cultura y Práctica Clínica. El objetivo de este informe es presentar la experiencia de seis años con el ofrecimiento de esta asignatura en un curso de grado de medicina en un Centro Universitario ubicado en la ciudad de São Paulo, SP, Brasil, dirigida a estudiantes que asisten del primer al sétimo semestre. La asignatura se basa en la metodología de la problematización, buscando la influencia de los aspectos culturales y las dificultades provocadas por la forma con que la enseñanza médica todavía está relacionada con la hiperespecialización y la visión fragmentada del ser humano en contraste con los principios del SUS e la propuesta de humanización de la atención. Los temas más recurrentes al largo de estos años se refieren a los conflictos entre las diferentes concepciones que tienen el médico y los enfermos sobre la enfermedad, el itinerario terapéutico escogido y la adherencia al tratamiento, así como la opinión de que los estudiantes tienen sobre su papel como profesional de la salud. La dificultad encontrada durante estos años, se relacionan con el conflicto entre la propuesta de la asignatura y la opinión del estudiante de lo que es ser médico. A pesar de estas dificultades, esta asignatura ha estado proporcionando a los estudiantes un replanteamiento de sus elecciones, así como reflexiones y aceptación, lo que hace con que los participantes aborden más abiertamente las necesidades de las personas y del sistema de salud brasileño.

**Palabras-claves:** Atención Primaria de Salud; Antropología Médica; Competencia Cultural; Curriculum.

**Introdução**

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar da minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes (Paulo Freire).<sup>1</sup>

Os construtos saúde e doença são dotados de um simbolismo importante, inscritos e descritos na cultura, constituindo-se em saberes que advém da prática. Estes saberes, testados e aprimorados, acumulam-se na memória dos indivíduos, sendo integrados a outros saberes, crenças, práticas e valores constituintes de um grupo social. São ainda processos individuais, onde cada pessoa ressignifica suas experiências e sente seu corpo de uma forma que lhe é própria. Constantemente reelaborados, são influenciados tanto pelo momento histórico quanto por questões socioeconômicas, que determinam a distribuição das enfermidades pelas populações, quem poderá receber atendimento médico, como este se dará, como o sistema de saúde se organiza, entre outras questões relacionadas aos construtos citados.<sup>2</sup>

Com o advento da modernidade, tanto a medicina quanto as demais profissões da saúde tornam-se um exercício de disciplina, normalização e docilização, uma relação de poder. Incorporando o saber científico como única verdade, a prática médica deixa a experiência do adoecido de lado, menosprezando e desconsiderando o saber que este tem sobre seu corpo.<sup>2-4</sup>

Estudar e propor mudanças em como se dá esta prática e na relação entre os profissionais da saúde e as pessoas que os procuram, nos diferentes sistemas de saúde, é hoje uma preocupação mundial. Hoje em dia a prática médica é considerada (i) impessoal e desumanizada, por não mais tratar indivíduos e sim doenças ou órgãos; (ii) incapaz de apreender as necessidades das populações e de dar resposta a estas e (iii) tecnologicamente dependente. No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN para os cursos de medicina destacam a importância de mudar este perfil do egresso médico, tornando-o mais generalista e humanista.<sup>4-6</sup>

As DCN, vigentes desde 2014, destacam como de importância fundamental a formação de profissionais aptos a trabalhar na Atenção Primária em Saúde – APS, deslocando o hospital como local de prática privilegiado. Ressaltam ainda a necessidade de o futuro médico conhecer o território onde suas práticas se desenrolarão, ciente das necessidades de saúde da população que atenderá, reconhecendo os diversos saberes dos diferentes atores sociais implicados nestas relações de cuidado. Portanto, as DCN dispõem que a formação dos profissionais não pode ser desconectada nem dos contextos sociais e culturais, muito menos do sistema de saúde.<sup>5</sup>

As diretrizes destacam também a necessidade de o profissional egresso dos cursos de medicina estarem próximos às culturas populares, pautando-se o ensino principalmente no domínio de tecnologias leves e leves-duras que o qualifiquem para atividades tanto coletivas quanto individuais. Ressalvam a necessidade de os futuros médicos estarem aptos

ao planejamento com base no perfil epidemiológico e para o entendimento que toda ação de saúde envolve sofrimento, valores, necessidades, expectativas e cosmovisões diferentes.<sup>5</sup>

A formação médica vem sendo criticada não apenas no Brasil, mas mundialmente, reproduzindo-se a queixa de excessiva medicalização, da falta de vínculo e de empatia, e da dificuldade de comunicação entre médico e os adoecidos e seus familiares.<sup>7-9</sup> Há vários olhares sobre o panorama até aqui superficialmente exposto, sendo um destes o da Antropologia. Esta procura superar a visão do modelo atual de um único tipo de cura e de uma prática curativa universal ao entender a saúde enquanto um processo social e culturalmente produzido, historicamente determinado, auxiliando a repensar o modelo de médico a partir de quem mais é afetado: o doente.<sup>2</sup>

Um dos campos de análise antropológica, a Antropologia da Saúde, estuda como os diversos grupos sociais explicam as etiologias dos problemas de saúde, quais os tratamentos que buscam, quem são seus curadores, quais são suas crenças e práticas no que tange à saúde e superação da doença e as relações de poder existentes entre os enfermos, os curadores e as sociedades.<sup>2</sup>

Para Frankenberg,<sup>10</sup> a antropologia pode contribuir para superar a desumanização tanto da educação quanto da prática médica. Como exemplo, destaca a irritação que acomete o médico quando tem seu poder desafiado por um paciente que se recusa a consentir com uma prática tida como baseada na melhor evidência científica, demonstrando assim desconhecer que a medicina é social e culturalmente determinada. Segue o autor ressaltando que a metodologia científica da medicina se baseia na universalização, ficção que afirma que a trajetória das enfermidades é sempre a mesma, ocorrendo apenas em corpos diferentes. Já a antropologia busca as individualidades, posto que duas pessoas que habitam o mesmo local, ao mesmo tempo, expostas ao mesmo contexto social, podem ser similares, mas nunca idênticas.

Targa e Oliveira<sup>11</sup> destacam que nem sempre a melhor aplicação da evidência científica disponível produz o resultado esperado pelo médico de família, sendo necessário melhorar o desempenho das práticas de saúde frente a problemas complexos como a vida, adoecimento e morte. Apesar de parecer óbvia esta afirmação e necessidade, a visão biomédica atual reduz a compreensão do médico a uma visão causa-efeito, alijando-o do contexto cultural e social dos enfermos. Ainda não há número suficiente de profissionais preparados para criticar o modelo atual e a maioria permanece impregnada de um etnocentrismo que faz com que tomem sua própria cultura como referente, tendo uma **missão civilizatória** em relação aos doentes.

A Antropologia da Saúde tem contribuído particularmente em conexão com programas de APS e Medicina de Família. Nestas interfaces, destaca-se o conceito de competência cultural como resposta às diversidades étnicas e culturais das sociedades atuais. Trata-se de construto que busca fazer com que os cuidados e estratégias de atenção à saúde sejam interpretados de forma a minimizar barreiras socioculturais, ao ressaltar que as crenças e práticas de tratamento e prevenção das diferentes comunidades devem ser consideradas, pois influenciam não só o acesso aos serviços de saúde, como também a adesão ao tratamento.<sup>2,11,12</sup>

Define-se um sistema de saúde como culturalmente competente quando este reconhece e incorpora a cultura em todos os níveis, estando atento à dinâmica que resulta das diferenças, à expansão do conhecimento e à adaptação dos serviços para atender necessidades culturalmente únicas. É construído sobre uma consciência da integração e interação de crenças e comportamentos de saúde- doença. A competência cultural não se trata apenas de uma perícia técnica na qual os médicos podem ser treinados a atender melhor uma população e sim uma forma de entender como a cultura interfere na atenção à saúde.<sup>13,14</sup>

Os conceitos de *illness*, *disease* e itinerário terapêutico, incorporados ao Método Clínico Centrado na Pessoa como auxiliares no entendimento da pessoa como um todo, são outro exemplo de interação entre a Antropologia da Saúde e Medicina de Família. O primeiro conceito trata da doença vivenciada pelo adoecido, seu grupo social e familiar. Já o segundo, diz respeito ao entendimento da medicina atual do que é doença, analisada do ponto de vista anatomo-patológico-fisiológico-epidemiológico. Itinerário terapêutico, por sua vez, pode ser definido como sendo uma rede de relações estabelecidas entre o pessoa adoecida e seu grupo familiar, social, terapeutas populares, organizações religiosas, serviços de saúde e todos os demais e variados grupos com que esta pessoa se inter-relaciona ao longo de sua existência; relações estas que determinam, associadas à operações racionais de custo-benefício, as escolhas de cuidado.<sup>2,15,16</sup>

A Antropologia da Saúde busca, portanto, ampliar a visão que as áreas técnicas têm sobre o processo de adoecimento, na tentativa de superar o paradigma da fragmentação e hiperespecialização. O entendimento da influência da cultura, tanto na inserção em uma equipe de trabalho quanto na relação médico-paciente, propicia ao futuro médico um olhar crítico sobre a atual prática clínica tendo como pressupostos a empatia, o vínculo e a integralidade da atenção. Este foi o propósito do oferecimento da disciplina Cultura e Prática Clínica. O objetivo deste relato é apresentar a experiência

de seis anos de oferecimento desta disciplina em um curso de graduação de medicina em um Centro Universitário na cidade de São Paulo.

## Metodologia

Trata-se de artigo caracterizado pelo relato da experiência de seis anos de trabalho com a citada disciplina, Cultura e Prática Clínica, desenvolvida em um centro universitário privado localizado na cidade de São Paulo e voltado para alunos da faculdade de medicina que cursam do segundo ao sétimo semestre.

O curso busca demonstrar a influência dos aspectos culturais e as dificuldades trazidas pela forma como o ensino médico ainda se pauta no que tange à hiperespecialização e à visão fragmentada do ser humano em contraste com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e a proposta de humanização da atenção.

Não se trata de um curso regular e sim do que se denomina, na instituição onde é realizado, de disciplina eletiva. Estas são disciplinas oferecidas além da carga horária curricular, onde o aluno pode escolher livremente qual deseja cursar. As disciplinas são oferecidas por editais semestrais e restringem-se a 25 alunos participantes.

A disciplina Cultura e Prática Clínica foi primeiramente oferecida no segundo semestre de 2012, repetindo-se sempre no 2º semestre dos anos pares desde então. A carga horária é 20 horas semestrais.

A metodologia empregada na disciplina baseia-se na problematização, segundo o preconizado por Berbel,<sup>17</sup> com base no Método do Arco de Magueres, onde cinco passos são seguidos: Observação da Realidade; Pontos Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade.

Na etapa da Observação da Realidade, os alunos são divididos em pequenos grupos com, no máximo, cinco componentes e, a partir de diferentes materiais disparadores, são convidados a analisar os temas propostos e problematizá-los.

Os temas de maior recorrência problematizados ao longo destes anos referem-se aos conflitos entre as diferentes concepções que o médico e o enfermo têm do adoecer, do itinerário terapêutico e da adesão ao tratamento, bem como da visão que os educandos trazem de seu papel enquanto cidadãos-profissionais de saúde. Alguns outros tópicos frequentes incluem: a visão atual sobre as dimensões do corpo humano e seus reflexos na imagem corporal; as diferenças de gênero e etnias frente aos procedimentos médicos, tanto preventivos quanto curativos; questões culturais que permeiam o cuidado familiar e espiritualidade, entre outros, como se observa no Quadro 1.

**Quadro 1.** Distribuição por ordem alfabética da temática problematizada na disciplina Cultura e Prática Clínica e os materiais disparadores utilizados, curso de medicina, São Paulo, 2012–2018

<b>Tema</b>	<b>Material disparador</b>
A morte e a espiritualidade	Narrativas de adoecidos; pinturas artísticas; textos literários
Adesão ao tratamento	Narrativas de adoecidos; netnografia em comunidades virtuais de pacientes nas redes sociais <i>Facebook</i> ® e <i>Patients like me</i> ®; vivências de cenários de prática ambulatorial
Comunicação médico-paciente e empatia	Narrativas de adoecidos; textos literários; textos de magazines e editoriais de revistas médicas; vivências de cenários de prática ambulatorial
Conceito de Saúde-Doença e Itinerário Terapêutico	Narrativas de adoecidos; textos literários; netnografia em comunidades virtuais de pacientes nas redes sociais <i>Facebook</i> ® e <i>Patients like me</i> ®; vivências de cenários de prática ambulatorial
Cuidado e cura	Narrativas de adoecidos; textos literários; netnografia em comunidades virtuais de pacientes nas redes sociais <i>Facebook</i> ® e <i>Patients like me</i> ®; vivências de cenários de prática ambulatorial
Dor crônica	Narrativas de adoecidos; pinturas artísticas; textos literários
Gênero, etnia e atenção médica	Netnografia em comunidades virtuais de pacientes nas redes sociais <i>Facebook</i> ® e <i>Patients like me</i> ®; netnografia em blogs; vivências de cenários de prática ambulatorial
Iatrogenias e Prevenção secundária	Narrativas de adoecidos; netnografia em comunidades virtuais de pacientes nas redes sociais <i>Facebook</i> ® e <i>Patients like me</i> ®; vivências de cenários de prática ambulatorial; textos de magazines e editoriais de revistas médicas.
Medicalização	Narrativas de adoecidos; textos de magazines e editoriais de revistas médicas; netnografia em blogs médicos.
Medicalização do corpo da mulher e violência obstétrica	Vivências pessoais e de cenários de prática ambulatorial; textos de magazines e editoriais de revistas médicas.
Nutrição e as formas do corpo	Narrativas de adoecidos; netnografia em comunidades virtuais de pacientes nas redes sociais <i>Facebook</i> ® e <i>Patients like me</i> ®; blogs sobre Anorexia e Bulimia.
O estigma corporal	Narrativas de adoecidos; entrevistas com indivíduos atendidos em um serviço de atenção às queimaduras.
Placebo e nocebo	Textos de magazines e editoriais de revistas médicas.
Representações sociais sobre as doenças	Narrativas de adoecidos; netnografia em comunidades virtuais de pacientes nas redes sociais <i>Facebook</i> ® e <i>Patients like me</i> ®; vivências de cenários de prática ambulatorial; textos literários.

Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

A maior parte dos temas foram escolhidos pela importância que tem tanto para a prática na APS quanto em pesquisas antropológicas. Assim, as concepções de saúde/doença; itinerário terapêutico; adesão ao tratamento; os rituais e concepções de cuidado, cura e morte; o estigma e as representações sociais associados a determinados problemas de saúde; os efeitos placebo e nocebo são temas discutidos em todos os semestres.

Com o passar dos anos, foram incorporados outros temas trazidos pelas inquietações e vivências dos educandos, os quais estão, identicamente aos adoecidos, imersos na cultura e nas relações sociais, utilizando, tanto eles quanto seus familiares, o sistema de saúde. Temas como violência obstétrica, medicalização do corpo da mulher, discriminação no acesso à saúde por gênero e etnia e formas do corpo, são exemplos de acréscimos a partir da contribuição dos alunos, agregados por sua importância para a prática médica diária.

Os materiais disparadores utilizados incluem, preferencialmente, coletas de narrativas de adoecimento de enfermos reais, mas também são utilizadas situações vivenciadas pelos alunos nos diversos cenários de prática que compõem o curso; acompanhamento netnográfico de sites, blogs e comunidades virtuais de pacientes; descrições literárias de adoecimento e outros tipos de narração tais como fotografias e pinturas, dentre outros, como se explicita no Quadro 1. As narrativas de adoecimento, reais e literárias são apresentadas pelo professor, enquanto as pesquisas em magazines, revistas e em ambientes e redes virtuais de pacientes são realizadas pelos educandos, os quais também são instados a trazerem materiais fotográficos e pinturas, bem como situações ocorridas em seus cenários de prática. Para cada tema, utiliza-se dois materiais disparadores, em média, os quais variam conforme os temas e semestres em que ocorre a disciplina.

A partir desta problematização inicial, os alunos determinam os Pontos Chaves, refletindo sobre o problema em estudo. Como ressaltado por Berbel,<sup>17</sup> é neste momento que os alunos conseguem verificar a importância da cultura na situação problema colocada. Como todas as situações trazidas pelos materiais disparadores são complexas e multideterminadas, a ampliação da discussão traz novos desafios de estudo e nova síntese, iniciando-se a etapa de Teorização. O material teórico é registrado e analisado, e os alunos são instados a apresentar uma solução aplicável à aquela realidade problematizada, última etapa do método.

Além da avaliação do material problematizado por cada grupo ao longo da disciplina, ocorre ainda a avaliação mediante um portfólio reflexivo individual final.

## Resultados

A maioria dos alunos refere ser a disciplina gratificante, tanto pela forma como é conduzida quanto pelo conteúdo. Referem ainda ter conseguido aprender mais sobre os saberes do adoecido, o papel da família e do grupo social, mas o que destacam é o quanto a comunicação médico-adoecido se encontra distanciada da realidade deste último. Estes fatos ficam claros principalmente quando se trabalham com narrativas de adoecimento e quando os graduandos são instados a realizar netnografia nas comunidades virtuais de pacientes. As vivências de cenários de práticas apresentadas pelos educandos corroboram estas falas e geralmente versam sobre falhas na comunicação e falta de vínculo e empatia, como se observa nas falas abaixo transcritas:

"A disciplina pode mostrar um novo modo de olhar para situações que poderiam passar despercebidas, para que possam ser melhor analisadas sob aspectos do próprio indivíduo". (Aluno 5º semestre)

"Tenho orgulho de ser esclarecido sobre algo tão fundamental na medicina: saber ouvir o paciente com máxima atenção aos detalhes e, é claro, despido de preconceito, para assim o paciente se abrir". (Aluno 7º semestre)

"Pude refletir sobre a fuga das angústias humanas que permeiam o imaginário do médico, impossibilitando de compreender toda a complexidade que reside em cada paciente, fazendo uma negação de que cada ser humano é singular e não categorizável segundo parâmetros pré-definidos". (Aluno 6º semestre)

"No dia a dia acadêmico não temos muitos exemplos práticos dos nossos professores e a boa relação médico paciente fica só na teoria". (Aluno 7º semestre)

"O médico, sendo um ser humano, possui aptidão para entender as necessidades e possíveis desconfortos ou dificuldades da pessoa em seu processo de saúde-doença. Outro ponto a ser considerado é a variedade cultural que encontramos pós globalização." (Aluno 3º semestre)

"Além disso é possível observar o abismo entre o ideal e a realidade no momento de prescrever as condutas aos pacientes. Um exemplo disso presenciado por mim foi quando uma paciente, relatando que o médico anterior[...]" (Aluno 4º semestre)

" [...], mas porque as vezes o paciente precisa apenas encontrar alguém para escutá-lo, e se o médico não pode curá-lo, ele pelo menos pode consolar o paciente em relação a seus problemas e isso pode ser uma forma de cura! " (Aluno 3º semestre)

A longitudinalidade e a competência cultural são ressaltadas, no final da disciplina, pela maioria dos alunos, que compreendem sua importância na prática. O cuidado centrado na pessoa é entendido no dia-a-dia das práticas destes alunos, os quais reflexionam sobre o seu aprendizado, ainda predominantemente calcado no modelo tecnicista. A medicalização é entendida e conceitos tais como prevenção quaternária, desprescrição e sobrediagnóstico são analisados e sintetizados.

"Indubitavelmente o exercício da medicina centrada na pessoa, fundamentado na escuta ativa e qualificada o olhar nos olhos a empatia a compaixão o respeito a valorização da identidade do outro seu contexto". (Aluno 7º semestre)

"A intimidade e o carinho são necessidades básicas de qualquer pessoa, especialmente em um momento de vulnerabilidade. Acredito que existe uma harmonia em qualquer tratamento no momento em que o médico consiga atingir além de competência técnica a proximidade ao paciente, compaixão e sensibilidade." (Aluno 2º semestre)

Como dificuldades, aponta-se, ao longo destes anos, o conflito entre a proposta do curso e a visão que o aluno traz do que é ser médico. A maioria dos graduandos já trazem uma construção cultural da prática clínica pautada na assimetria de poder médico-paciente e com ênfase na hiperespecialização, priorizando a formação técnica em detrimento de conteúdos curriculares que não são considerados como essenciais para sua formação como futuro médico. Esta dificuldade mostrou-se maior quando dos semestres iniciais da disciplina, mas ainda persiste.

A própria forma como a disciplina é trabalhada metodologicamente é outra dificuldade, pois os alunos demonstram uma certa impaciência inicial, tanto pelo cansaço, devido ao horário de realização (noturno, após um dia inteiro de atividades) quanto pela necessidade de discussão, reflexão, escrita e síntese. Nota-se que os alunos, principalmente conforme avançam na graduação, mostram mais dificuldade nestes quesitos, pautando-se por uma escrita mais técnica e menos reflexiva.

A dificuldade colocada pelo horário de realização do curso, entretanto, tem se mostrado como uma oportunidade, pois o aluno escolhe o curso com base em sua proposta pessoal como futuro médico e na experiência dos egressos. Nota-se que a participação discente na disciplina, inicialmente crescente, hoje é constante, destacando-se que alguns dos alunos egressos continuam trabalhando com os temas que problematizaram em projetos de iniciação científica, alguns já apresentados em congressos. Dois dos egressos do

curso de medicina em tela, hoje médicos de família e incorporados ao corpo docente da instituição, têm auxiliado na coleta de materiais para a disciplina.

## Discussão

Efetuar mudanças na graduação em medicina a fim de atingir a consecução das DCN perpassa não apenas pela mudança de conteúdo curricular, mas sim pela necessidade dos educandos descobrir significado no que estão aprendendo, relacionando estas informações com as que já possuem e com as novas exigências que o exercício de sua profissão e as necessidades populacionais lhes colocam e ainda colocarão em seu dia-a-dia.

Segundo Morin,<sup>18</sup> a educação do futuro deverá estar centrada na condição humana, onde o erro, a interpretação e as crises de incertezas são características, sendo impossível a simplificação da realidade para a construção do conhecimento. Assim, o modelo tradicional de ensino médico, pautado na racionalidade instrumental, não é eficaz para que o aluno consiga verdadeiramente apreender e compreender a realidade, ampliando o olhar sobre a saúde.

Aprender é um processo contínuo de crescimento e desenvolvimento e inclui não apenas conhecimento técnico, mas habilidades humanas, afetivo-emocionais e atitudes ou valores. O processo de aprendizagem do adulto ocorre quando este sente necessidade daquilo, quando considera o conteúdo desafiador e relevante, quando se encontra insatisfeito, e é esta aprendizagem que modifica as pessoas. Daí a necessidade de motivar o aluno e tornar o ambiente de sala de aula dinâmico, tornando a aprendizagem colaborativa, reconstruindo conhecimentos e, acima de tudo, formando cidadãos, como preconizam as DCN.<sup>19</sup>

Transportando estas reflexões para a disciplina Cultura e Prática Clínica, aqui relatada, optou-se por trabalhar com a problematização dos temas, por acreditar que se trata de metodologia ativa de aprendizagem que propicia não só a construção do conhecimento, mas o exercício e consciência da *práxis*.<sup>17</sup>

Considera-se um bom método ativo de aprendizagem como sendo aquele que possibilita uma aprendizagem significativa, que favoreça a construção do conhecimento em grupo e que esteja integrado com outras disciplinas. São requisitos ainda: sua aplicabilidade à realidade do aluno, o fortalecer princípios éticos, o despertar autonomia e curiosidade. O ideal é que esteja integrado ao contexto social, que trabalhe e valorize a emoção e que estimule o estudante a buscar soluções.<sup>20</sup>

A metodologia proposta por Berbel<sup>17</sup> é considerada uma metodologia potente para o ensino superior em medicina, não só por atender aos requisitos citados no parágrafo

anterior, mas por partir da realidade concreta com a finalidade de alcançar a construção de um conhecimento que permita buscar respostas e soluções que modifiquem esta realidade. A problematização pressupõe ser o estudante protagonista da construção de seu conhecimento, sendo o professor orientador de sua trajetória. Alguns autores consideram, inclusive, a metodologia como um referencial teórico importante que possibilita ao professor trabalhar com demandas de uma sociedade em transformação constante.<sup>21</sup>

A escolha dos temas e os materiais disparadores que vem sendo utilizados ao longo destes seis anos, tem se mostrado adequados para a metodologia de ensino proposta, possibilitando a consecução dos passos do método. Destaca-se o quanto o uso da internet e da pesquisa netnográfica atrai estes alunos, os quais tem as novas tecnologias digitais como parte importante de seu dia a dia. A maioria dos educandos desconhece as interações e as comunidades de pacientes que existem no ambiente virtual, e se mostraram surpresos com a reprodução de padrões de falhas de comunicação médico-paciente também em outros países e em sistemas de saúde diversos do brasileiro.

Mas a utilização de narrativas de adoecimento e o recurso às artes desperta maior interesse. Estes dois últimos recursos são utilizados já há alguns anos como potencializadoras da humanização e da empatia no ensino médico.<sup>22-26</sup> A incorporação destes recursos baseia-se em evidências que demonstram que estes podem ser um processo integrador de excelência técnica e traços humanísticos, permitindo ao estudante aprimorar a observação, a escuta atenta e, principalmente, perceber seus próprios sentimentos.<sup>27</sup>

Como destaca Blasco,<sup>28</sup> "A formação humanística e antropológica deve ser também incorporada, o que implica dedicar tempo e reflexão nesse processo para adquirir uma visão personalizada da enfermidade, uma abordagem médica centrada no paciente".

## Conclusão

Apesar das dificuldades de incorporar uma visão diferenciada da prática clínica, este curso vem trazendo aos discentes participantes, principalmente de semestres mais avançados, um repensar de escolhas, reflexões e acolhimento. Nota-se que estes educandos têm se colocado de uma forma mais aberta perante o sistema de saúde brasileiro e de suas necessidades.

Moreno-Altamirano<sup>29</sup> ressalta que a complexidade do processo saúde-doença e do estudo das experiências subjetivas de adoecimento reafirma a necessidade de uma aproximação com o social. Para tanto se deve explorar a relação entre os significados, as experiências de adoecer e as condições externas que produzem a enfermidade, tais como o contexto sócio-econômico-político e seus determinantes históricos. Conceituar saúde e

doença demanda explicações sustentadas em modelos mais complexos que incluem um espectro mais amplo que o molecular-subindividual-sistêmico-ecológico da dimensão biológica para integrá-lo no individual-social-cultural em sua dimensão histórica.

## Referências

1. Freire P. *Pedagogia da Autonomia*. São Paulo: Paz e Terra; 2009.
2. Manso MEG. *Saúde e doença: do controle sobre os corpos à perspectiva do adoecido*. São Paulo: Max Limonad; 2015.
3. Foucault M. *A História da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2001.
4. Foucault M. A incorporação do hospital na tecnologia moderna. In: Motta MB, organizadores *Ditos e escritos*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011. p. 444-58.
5. Conselho Nacional de Educação, Câmara Educação Superior. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Parecer CNE/CES Nº 116/2014. Brasília, DF: CNES; 2014.
6. Manso MEG. Discutindo a cultura na prática médica: relato de experiência em um Centro Universitário de São Paulo. *Anais Congr Int Humanida Humaniz Saude [=Blucher Medical Proceedings]*. 2014;1(2):182. <https://doi.org/10.5151/medpro-cihhs-10519>.
7. Gérvas J, Pérez Fernández M. *São e salvo e livre de intervenções médicas desnecessárias*. Porto Alegre: Artmed; 2016.
8. Bobbio M. *O doente imaginado: os riscos de uma medicina sem limites*. São Paulo: Bamboo Editorial; 2016.
9. Manso MEG, Roth MC, Lopes RGC. Idosos vivenciando o diabetes nas redes sociais. *Rev Portal Divulg*. 2017;(53):63-8.
10. Frankenberg R. Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología. *Cuad Antropol Soc*. 2003;(17):11-27. <https://doi.org/10.34096/cas.i17.4596>.
11. Targa LV, Oliveira FA. *Cultura, saúde e o médica da família*. In: Gusso G., organizador. *Tratado de medicina da família e comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
12. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; 2002.

13. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Med.* 2006 Oct;3(10):e294.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>
14. Damasceno RF, Silva PLN. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. *J Manag Prim Health Care.* 2018;(9):e11.  
<http://dx.doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.435>.
15. Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed; 2010.
16. Good BJ. *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective.* New York: Cambridge Press; 1994.
17. Berbel NN. "Problematization" and Problem-Based learning: different words or different ways? *Interface - Comum, Saúde, Educ.* 1998; 2(2):139-54.
18. Morin E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
19. Masetto MT. *Competência pedagógica do professor universitário.* São Paulo: Summus; 2015.
20. Farias PAM, Martin ALAR, Cristo CS. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. *Rev Bras Educ Med.* 2015;39(1):143-58.  
<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00602014>.
21. Vieira MNC, Pinto MPP. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2015;48(3):241-8. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i3p241-248>.
22. Fernandes I. A pertinência da Medicina Narrativa na prática clínica. *Rev Port Med Geral Fam.* 2014;30(5):289-90.
23. Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative? *BMJ.* 1999 Jan 2;318(7175):45-50.  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7175.48>.
24. Charon R. *O corpo que se conta: porque a medicina e as histórias precisam uma das outras.* São Paulo: Letra e Voz; 2015.

25. Hurtwitz B. Narrative (in) medicine. In: Spinozzi P, Hurtwitz B, organizers. Discourses and narrations in the biosciences. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Unipress; 2011, p. 73-88.
26. Gallian D. A Literatura como remédio: os clássicos e a saúde da alma. São Paulo: Martin Claret; 2017.
27. Martinez-Hernaéz A. Evidencias y narrativas em la atención sanitaria. Tarragona, ES: URV; 2013.
28. Blasco PG. A arte médica: a formação e as virtudes do médico. RBM. 1969;50(Espec Oncologia 4):9-17.
29. Moreno-Altamirano L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. Salud Publica Mex. 2007;49(1):63-70.

---

## Minicurrículo

---

**Maria Elisa Gonzalez Manso** | ORCID: ORCID: 0000-0001-5446-233X

Doutora em Ciências Sociais, Antropologia, pela Pontifícia Universidade Católica – PUC-SP. Mestrado e pós-doutorado em Gerontologia Social pela Pontifícia Universidade Católica – PUC-SP. Médica e bacharel em Direito. Especialista em Docência em Saúde Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Professora titular curso de medicina do Centro Universitário São Camilo, SP. Professora convidada da Coordenadoria Geral de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão – COGEAE da Pontifícia Universidade Católica – PUC-SP.