CAROLINE BRAGA SIRINO

A humanização no ensino de graduação em medicina: construções sobre o olhar dos estudantes

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa de Medicina Preventiva.
Orientadora: Profa. Dra. Izabel Cristina Rios.

São Paulo
2014

CAROLINE BRAGA SIRINO

A humanização no ensino de graduação em medicina: construções sobre o olhar dos estudantes

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa: Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Izabel Cristina Rios

São Paulo
2014

Aos meus pais, por todo amor e suporte.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Izabel Cristina Rios, que me conduziu pelos caminhos da humanização, sempre muito paciente, acolhedora e motivadora. Uma professora que traduz o ensino humanizado.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, por toda estrutura oferecida aos seus alunos e pela oportunidade que me foi concedida em realizar este trabalho.

Ao CNPq, pelo auxílio financeiro concedido através da bolsa de mestrado.

Aos alunos de medicina do 6° ano de 2010, que foram entrevistados, por toda disponibilidade e generosidade em participarem deste estudo. Todos os relatos foram ricos e significativos para este estudo e para mim.

Aos professores do departamento, que contribuíram para minha formação de forma tão atenciosa.

À Lilian Prado, secretária da pós-graduação, sempre muito atenciosa e solícita nesta caminhada.

Ao professor Mario De Marco (*in memorian*), pela disponibilidade em participar da banca de qualificação deste trabalho e pela sua contribuição para o enriquecimento desta pesquisa.

Ao João Ricardo Serrano, pela motivação, por acreditar em mim e partilhar dessa caminhada e conquista ao meu lado.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO 12

2. OBJETIVOS 19

2.1 OBJETIVO GERAL 19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 19

3. MÉTODO 20

3.1 METODOLOGIA QUALITATIVA 20
3.2 INSTRUMENTOS 21
3.3 SUJEITOS 21
3.4 PROCEDIMENTOS 22

4. ANÁLISE INTERPRETATIVA 24

4.1 CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO 25
4.2 INTERATIVIDADE 44
4.2.1 RELAÇÃO MÉDICO E PACIENTE 49
4.2.2 EMPATIA: HABILIDADE COMUNICACIONAL 53
4.3 GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 60
4.3.1 ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO. 66
4.4 ENSINO MÉDICO 73
4.4.1 MODELOS DE ATITUDE – IDENTIDADE PROFISSIONAL 87
4.4.2 METODOLOGIAS: PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS PARA A HUMANIZAÇÃO 89

5. CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ESTUDO 94

ANEXO A 102

ANEXO B 106

ANEXO C 108

ANEXO D 111

REFERÊNCIAS 129

RESUMO

Este estudo pretendeu compreender como alunos da graduação em Medicina percebem/interpretam a humanização nos cenários de ensino-aprendizagem da sua formação. Mais especificamente, o trabalho teve como foco a opinião do estudante de medicina a respeito de suas experiências relacionadas à humanização durante o período de graduação. Para tanto, optamos pela abordagem qualitativa, cuja metodologia é mais adequada para o estudo dos fenômenos da subjetividade envolvidos. Os dados empíricos foram obtidos em entrevistas com alunos do 6º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), usando da técnica de entrevista em profundidade, orientada segundo roteiro de perguntas-chave. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e conferidas. Foram levantados alguns documentos oficiais da Instituição nos quais estão descritas as diretrizes, normas, projetos e atividades pedagógicas referentes à temática em estudo. O material empírico obtido nas entrevistas foi submetido à análise com abordagem hermenêutica, buscando maior densidade interpretativa por referência a uma base teórica mais ampla e em conjunto com a análise documental. Com base neste contexto, a busca pela compreensão da humanização nos cenários de ensino-aprendizagem se apoiou na formação de quatro categorias analíticas – o Conceito de Humanização, a Interatividade, a Gestão dos Serviços e o Ensino Médico – nestas categorias foram destacados temas como o próprio conceito de humanização, relação médico e paciente, empatia, organização dos processos de trabalho, identidade profissional, metodologias e outros. Este estudo aprofundou a compreensão dos aspectos que podem ou não propiciar o desenvolvimento da humanização no ensino médico, contribuindo com as atuais discussões sobre a formação humanística em Medicina. Também propiciou o conhecimento sobre a visão predominante dos alunos em relação à humanização na graduação, associando-a principalmente com questões em torno da empatia e da relação médico e paciente.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Educação Médica; Ensino; Humanidades; Entrevista; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The present study intends to analyze and understand how the undergraduate medical students realize and interpret the humanization at the teaching and learning process of the Medical school. More specifically, this present paper's target is the medical student's opinion about their experiences related to humanization during graduation. To be able to achieve our goal, we opted for using the qualitative approach, since its methodology fits better to the subject studies that will be presented forward. The empirical data were obtained from semi-structured interviews with the 6th year students from Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). The interviews were recorded at first and transcribed and revised later on. The official documents from the institution that contain norms, projects and pedagogical activities related to the study were observed. Then, the empirical data from the interviews was analyzed through a hermeneutical approach – this way, it was possible to achieve a deeper interpretation that combines a theoretical basis with a documental analysis. Considering this, we may realize that this research leaned itself into the development of four analytical categories - the Concept of Humanization, the Interactivity, Management Services and Medical Education – in these categories were highlighted themes as like as the concept of humanization itself, the relation between doctor and patient, empathy, work process organization, professional identity, methodology and other ones. The results of this paper show some aspects that provide more comprehension of the humanization in the medical school and can contribute to its development in Medicine. It has also provided us with the knowledge of how the students understand the humanization in graduation: they strongly associate it with characteristics such as empathy and the doctor-patient relationship.

Keywords: Humanization of Assistance; Medical Education; Teaching; Humanities; Interview; Qualitative Research.

APRESENTAÇÃO

Sou graduada em Psicologia e, atualmente, aluna de mestrado do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O meu encontro com a humanização ocorreu no ano de 2010, através da minha orientadora acadêmica, Profa. Dra. Izabel Cristina Rios, médica atuante nas áreas de Humanidades Médicas e Humanização, que apresentou não apenas a proposta deste tema, mas também toda a sua paixão pela humanização em saúde e seus desdobramentos.

A proposta inicial foi concebida com o intuito de ser desenvolvido um projeto de iniciação científica no campo da humanização no ensino médico. Todos os primeiros passos para composição deste trabalho como revisão de literatura, objetivos, método e coleta dos dados, foram realizados nesta fase de iniciação científica em 2010 e atualizados conforme o decorrer do processo.

Após coletados os dados, percebemos a amplitude do trabalho e a pertinência de transforma-lo em uma dissertação de mestrado com o intuito de contemplar de forma mais aprofundada os achados advindos dos dados.

A partir dessa decisão, de transformar o projeto de iniciação científica em dissertação de mestrado, foram realizados os procedimentos institucionais para que essa mudança ocorresse em 2011. Sendo assim, foi dado continuidade ao trabalho com o olhar de dissertação de mestrado. Para tal, foram realizadas complementações na coleta de dados, incluindo análise documental de alguns documentos institucionais.

Refletir sobre como os alunos de medicina percebem a humanização durante sua formação foi muito gratificante, uma vez que esse movimento foi feito junto com estes alunos. O convite de parar e pensar em como a humanização é presente e como atua nos cenários de aprendizagem intrigou a todos os alunos, os deixando inquietos sobre o tema, resultando em muitas contribuições com a respeito da humanização.

A impressão que os alunos entrevistados deixaram em cada entrevista derrubou qualquer pré-conceito que eu poderia ter construído a respeito de suas vivências em relação à humanização. O que quero dizer é que, confesso ter construído, ao início do trabalho, uma ideia de que os alunos não teriam tanto interesse em desvendar questões acerca da humanização. Essa ideia fez com que eu me interessasse ainda mais em realizar essas entrevistas e descobrisse qual a importância que a humanização tem para os futuros médicos. No entanto, uma boa surpresa tomou conta de cada entrevista, começando com o primeiro contato com cada aluno. Posso afirmar que todos eles foram extremamente solícitos em todo o processo, desde marcar um horário para a realização da entrevista até as conversas sobre o tema, após as gravações, que se estendiam por conta do interesse e da curiosidade que o tema deste trabalho despertou.

O partilhar dos desafios que eles encontram em sua formação, fez com que eu também retomasse, enquanto profissional da saúde, o desafio que encontramos no cuidado em saúde, e isso foi um indicador de que eu estava no lugar certo, fazendo as perguntas certas.

O que posso dizer é que, sou extremamente grata pela generosidade desses alunos em partilharem, de forma tão aberta e comprometida, suas experiências e opiniões.

1. INTRODUÇÃO

A “humanização”, atualmente, é um tema recorrente nos serviços de saúde.

Muito utilizado, mas na maioria das vezes não tão bem circunscrito conceitualmente, o termo “humanização” tem caráter polissêmico e se refere a movimentos, conceitos, ações de diferentes origens históricas e linhas de pensamento, dando margem a várias interpretações (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009; DESLANDES; MITRE, 2009). Nas palavras de Benevides e Passos: “A luta pela humanização das práticas de saúde já estava colocada em pauta no movimento feminista na década de 1960, ganhando expressão no debate em torno da saúde da mulher” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390). Mas é marcadamente a partir do final da década de 1980 que a humanização se propaga como um movimento técnico-político na área da Saúde (RIOS, 2009a; PUCCINI; CECÍLIO, 2004; TORNQUIST, 2002,), ganhando cada vez mais espaço nas discussões em torno da qualidade dos serviços e das práticas de saúde.

Em 2000, as várias iniciativas com apelo à humanização se organizam em torno do PNHAH (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar), chegando pouco tempo depois à Política Nacional de Humanização (PNH) em 2002 (DESLANDES, 2004; RIOS, 2009a).

Apesar de existirem diferentes representações para o termo humanização, com o surgimento da PNH este termo ganha mais um conceito, baseado na reflexão e debates sobre o sentido de ser humano, uma vez que esta é uma questão que sempre é pontuada nos debates que são levantados a partir das situações de descaso na saúde. Espera-se a não cristalização deste conceito, mas sim seu constante debate e sua resignificação no campo da saúde, a fim de corresponder às demandas reais nos serviços de saúde. (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

A PNH entende a humanização no SUS como:

> - Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.
> - Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos.
> - Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos.
> - Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de
> Gestão.
> - Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde.
> - Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual.
> - Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho.
> - Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo.
> - Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento.
> - Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde.
> - Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um (HUMANIZASUS, 2010, p. 7).

Na PNH, destaca-se o primeiro eixo da humanização como oposição à violência gerada por “maus-tratos” físicos, psicológicos e simbólicos (HUMANIZASUS, 2010). O segundo eixo foca a melhoria na qualidade dos serviços prestados, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento, traduzindo a humanização como proposta de oferecer atendimento de qualidade técnica, ética e relacional. Nesse sentido, a relação médico-paciente é elemento chave na atenção à saúde, incluindo aspectos referentes à subjetivação da assistência e o direito à informação (CAPRARA; FRANCO, 1999).

Continuando com o destaque sobre a PNH, Deslandes (2004) faz uma análise dos textos oficiais do Ministério da Saúde sobre humanização, ressaltando os aspectos que constituem sua abrangência conceitual e prática. Tais aspectos se referem à: oposição à violência institucional, oferta de atendimento de qualidade, avanços tecnológicos relacionados ao acolhimento, melhorias das condições de trabalho dos profissionais e melhoria comunicacional focada no diálogo. Nesse sentido, a humanização propõe uma nova cultura de atendimento que se opõe ao modelo histórico-organizacional no qual o hospital se constitui em um lugar que gera isolamento, despersonalização e, por vezes alienação de alguns profissionais em relação ao processo de saúde e adoecimento, que sequer chegam a compreender, que dirá compartilhar decisões com pacientes.

Pensa-se também na melhoria das condições de trabalho do trabalhador da saúde, como um reflexo da humanização que resulta da constituição de equipes de trabalho capazes de atuar com autonomia e responsabilidade, o que constituiria “equipes de trabalho saudáveis” nos textos do HUMANIZASUS (DESLANDES, 2004). A “saúde” das equipes também está prevista na Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde, dando ênfase ao processo de aprender a aprender constante dentro do ambiente de trabalho (MS, 2005).

Finalmente a humanização é vista como ampliação do processo comunicacional, apoiada no diálogo. Para Ayres (2004) será no estabelecimento de interações apoiadas na intersubjetividade, ou seja, na capacidade de criação de um campo de compreensão aprofundada do outro pela linguagem que o cuidado poderá se realizar na perspectiva da humanização.

Rios (2009b), acrescenta a esse debate a ideia de que a humanização surge no momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão crítica dos valores resultantes do capitalismo e seus efeitos socioculturais na área da saúde. Envolvendo os aspectos abordados nos parágrafos anteriores, a humanização seria então o processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e

métodos para as práticas de saúde e gestão dos serviços baseados na intersubjetividade e na busca de soluções compartilhadas por todos os envolvidos em tais ações.

Na atenção à saúde, o termo humanização é usado para qualificar o atendimento que prima pelo bom uso dos meios tecnológicos para o cuidado ao paciente do ponto de vista técnico e humanístico (recursos biomédicos, direitos humanos, subjetividade e referências socioculturais) (RIOS, 2009a).

No campo do ensino médico, a autora Rios (2008), aponta o paradoxo no qual, embora reconhecida a importância e atualidade do tema no campo da saúde, há grande dificuldade de integração dos temas humanísticos ao corpo da medicina. Apesar de essencial para a prática médica, a humanização ainda é vista como um tema desinteressante e descartável.

Pereira e Almeida (2005) discutem tais dificuldades como devidas à visão fragmentada do ser humano nas práticas educativas na área da saúde. Para os autores, há três momentos que marcam a relação da medicina com a sociedade na América Latina. O primeiro momento é em 1960, quando devido à carência de médicos, focalizou-se o aspecto *quantitativo* do problema: número de escolas, proporção professor–aluno, cargas horárias curriculares e disciplinares, número de leitos hospitalares por aluno, número de alunos por cadáver ou por microscópio, entre outros. Neste contexto as mudanças na educação se concentraram nas relações técnicas entre os agentes e o processo de ensino. Entre 1970 e 1980, o foco se deu na dimensão *qualitativa* da educação, levantando questões referentes às ações pedagógicas e organizacionais no âmbito universitário, voltadas ao aprendizado prático nos serviços hospitalares e ambulatoriais. O terceiro momento apontado pelos autores se refere agora à *relevância* que traz o conceito de qualidade para o centro desta discussão. Nesse momento encontra-se em andamento mudanças na formação de médicos, dando especial atenção ao sentido social da produção do conhecimento e a diversidade de paradigmas dentro do campo da saúde. O possível caminho metodológico para uma educação médica seria voltar seu olhar para o homem na sua globalidade, rompendo com estruturas conservadoras, autoritárias e mercadológicas da formação médica atual,

abrindo espaço para uma formação baseada na integração entre ciências e humanidades.

Nessa linha de pensamento, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina art. 3°, o médico formado deve ter o seguinte perfil:

> (...) formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001, p.1).

O artigo 6° parágrafo IV, também assegura na formação médica a "compreensão e domínio da propedêutica médica, capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica, humanística da relação médico-paciente." (BRASIL, 2001, p.3).

Assim como no art. 12 parágrafo III, que integra "aspectos humanísticos e éticos para o desenvolvimento de atitudes e valores do aluno." (BRASIL, 2001, p.5).

Apesar desse movimento para a inserção da humanização na formação de profissionais na área da saúde, sua realização ainda apresenta grandes obstáculos no ensino médico.

Há algum tempo, disciplinas de humanidades estão sendo incluídas nos currículos médicos de faculdades de diversos países (RIOS, 2008). Entretanto sua integração às demais disciplinas curriculares ainda é problemática. Assim como nos hospitais, a formação médica tende a ser mais voltada a aspectos biomédicos, reduzindo as propostas de humanização das práticas de saúde de ensino a ações de amenização de tensões cotidianas na área da saúde.

Na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), desde 1998, introduziram-se disciplinas de humanidades na grade curricular.

Tais disciplinas cobrem temas referentes a aspectos éticos, filosóficos, históricos, antropológicos, psicológicos, políticos, sociais e bioéticos da prática médica, sem, contudo, conseguir uma efetiva integração curricular com o núcleo duro, e fortemente tecnicista, da graduação (RIOS, 2008). Por outro lado, em levantamento realizado por essa autora em 2010, observou-se que das 122 disciplinas curriculares (excetuando-se as de humanidades) 81 afirmavam desenvolver temas humanísticos em suas atividades educacionais, apontando para o fato de que a inserção curricular das humanidades não é mais questionada, restando conhecer como e onde ela ocorre, ou o contrário, e por que.

A transformação cultural que passa a destacar a humanização como um caminho transversal, no qual ela é presente nos diferentes níveis de atenção à saúde (HENNINGTON, 2008), levanta o questionamento de onde essa transformação surge e como ela acontece. Tal contexto justifica e realça a necessidade do desenvolvimento de pesquisas educacionais que permitam maior alcance na compreensão de como e onde se aprende a humanização ou seu contrário, assim como embasar ações relacionadas à humanização no ensino na área da saúde.

Neste estudo, buscou-se identificar percepções dos alunos da graduação em Medicina acerca da humanização das práticas de saúde nos ambientes de ensino, assim como promover sua reflexão sobre os mesmos. A ênfase deste trabalho não é aprofundar todos os aspectos da humanização e seus alcances entre os diferentes grupos que atuam na atenção ensino , por exemplo, professores, cuidadores, equipes de trabalho, familiares e outros, mas é voltada para o aspecto que mais se destacou na fala dos alunos durante o processo desta pesquisa, a relação construída entre o médico e o paciente. A investigação desse tema a partir do que os próprios alunos falam de suas vivências, concepções e impressões sobre a humanização na graduação, poderá subsidiar a construção de novas estratégias de ensino-aprendizagem para a integração efetiva das humanidades na prática médica, assim como a compreensão e a realização da humanização nas práticas de saúde.

A partir da aproximação junto aos alunos de medicina, dando voz às suas ideias e vivências a respeito da humanização durante a graduação, podemos identificar experiências, cenários, disciplinas e significados de impacto sobre a construção de um ser médico que poderá ou não realizar o cuidado na perspectiva da competência para as interações intersubjetivas e para o que chamamos de humanização no escopo deste estudo. Busca-se assim, novas formas de pensar sobre o tema e novas ferramentas que auxiliem a integração efetiva das humanidades no ensino e na prática médica, reforçando a importância da contribuição das humanidades para a formação e atuação profissional.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar e compreender as situações de humanização ou desumanização vividas pelos alunos de medicina durante a graduação segundo eles próprios.

2.2 Objetivos Específicos

a) Descrever cenários e situações da graduação nos quais houve experiências de humanização e desumanização segundo os alunos.

b) Identificar aspectos da humanização que são percebidos e a ela atribuídos pelos alunos em experiências relatadas durante sua formação.

3. MÉTODO

3.1 Metodologia qualitativa

De acordo com a literatura (DENZIN; LINCOLN 2000; MINAYO 1994; GEERTZ, 1978) justifica-se a metodologia qualitativa para a abordagem de temas relacionados a fenômenos subjetivos e culturais da experiência de vida das pessoas.

Neste estudo, adotou-se duas técnicas para a investigação do campo experiencial: entrevistas semi-estruturadas e verificação dos documentos oficiais da instituição em estudo.

A escolha da técnica das entrevistas semi-estruturadas se deu pela possibilidade de obter relatos vividos e aprofundados sobre o tema, assim como a familiaridade do método pelas pesquisadoras envolvidas no estudo. A verificação de documentos é importante para que seja possível compor o discurso oficial da escola e estudar de que modo ele se exprime ou não na experiência cotidiana de ensino.

Como método de análise do material das entrevistas, adotou-se a perspectiva hermenêutica (MINAYO, 1994). Nesta, foi construído, dos discursos dos sujeitos, unidades de significado, enquanto a análise documental auxiliou essa construção com o discurso técnico-político institucional, que pode ser referenciado na cultura em que eles se inscrevem e colocado em diálogo com a literatura. Com a triangulação dessas técnicas, complementa-se e se amplia o alcance das interpretações possíveis neste estudo.

3.2 Instrumentos

Foi utilizado um roteiro de perguntas-chave para a condução das entrevistas pela pesquisadora de campo. O modelo semi-estruturado permite liberdade e flexibilidade para indagações sobre razões e motivos, esclarecimentos, não seguindo obrigatoriamente uma estrutura formal.

Lakatos e Marconi (1991) apontam que a entrevista semi-estruturada proporciona ainda a vantagem de oferecer maior oportunidade para observar atitudes, condutas e reações do entrevistado e prover o ambiente para a obtenção de dados significativos e relevantes que não se encontram em fontes documentais.

Além dessas vantagens, há também a possibilidade de se conseguir informações mais precisas podendo comprovar de imediato possíveis discordâncias. Por outro lado, demanda mais treinamento e habilidade por parte do entrevistador para manter o foco, reconhecendo pontos significativos e evitando elementos tendenciosos (GRESSLER, 2003).

Roteiro de Entrevista

1) Para você, o que é humanização?
2) Conte sobre uma situação de falta de humanização que você viveu ou vive durante a graduação em medicina?
3) Conte sobre uma situação de humanização que você viveu ou vive durante a graduação em medicina?
4) Em sua opinião, o que tornaria o ensino médico mais humanizado?

3.3 Sujeitos

Alunos de medicina, de ambos os sexos, que estivessem no 6º ano da graduação. Optamos pelo 6º ano da graduação, pois assim os alunos já teriam tido vivências suficientes tanto nos cenários de ensino teórico quanto de ensino

prático para que pudessem relatar suas impressões sobre o tema em estudo. Além do que, o internato corresponde ao período de maior proximidade do ensino do ato médico e da construção da identidade profissional e seu modo de atuar.

3.4 Procedimentos

A primeira parte do campo desta pesquisa, referente às entrevistas com os alunos, foi realizada em 2010.

Foi convidado para participar da pesquisa um estudante de cada uma das 12 panelas[1], sendo que, a amostra estudada não se refere a uma amostra representativa dos alunos das panelas, mas de alunos considerados informantes-chave. Não foi considerado como determinantes para seleção do grupo características como sexo, idade ou origem. O representante da panela que não estivesse disponível para a realização da entrevista, poderia indicar algum aluno de sua panela que tivesse disponibilidade, no entanto, todos os representantes ofereceram seus relatos.

Ao entrar em contato com os estudantes para apresentação do projeto, verificou-se a aceitação dos mesmos e a possibilidade de participação deles na pesquisa.

Após o aceite dos estudantes, foram marcados encontros no CEDEM (Centro de Desenvolvimento da Educação Médica) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para realização das entrevistas pela pesquisadora de campo, em sessões individuais que foram gravadas. Nessa data, eles assinaram o termo de consentimento.

---

[1] Durante o internato os alunos se reúnem em pequenos grupos distribuídos por afinidade denominados “panelas” (grupos de alunos que passam pelos diversos setores e disciplinas, durante o internato ou estágios de prática, no quinto e sexto ano da graduação médica). Cada panela possui um representante perante a comissão de graduação, que é escolhido pelo próprio grupo.

Foram realizadas 12 entrevistas, com aproximadamente 40 minutos cada uma.

As entrevistas gravadas foram transcritas por terceiros e conferidas pela pesquisadora de campo.

A análise dos relatos dos alunos não se limitou ao registro da impressão subjetiva de um pensamento individual, mas buscou-se realizar uma construção intelectual específica de um grupo, baseada no trabalho de recuperar do passado, lembrado e narrado por todos, as questões em estudo implicadas no presente pelo exercício reflexivo (SCHRAIBER, 1995).

A etapa seguinte da investigação foi coletar os seguintes documentos oficiais da instituição de ensino: 1. Diretrizes curriculares, 2. Projeto pedagógico, 3. Ementas das disciplinas, 4. Objetivos terminais da área de humanidades, buscando localizar nelas os enunciados que compõe o discurso oficial e as propostas concretas documentadas sobre o tema objeto desta pesquisa.

Os dados empíricos assim coletados foram analisados pelo método hermenêutico, baseado em um processo contínuo de construção e compreensão de significados dos discursos, através da busca de um significado histórico e social (AYRES, 2005).

4. ANÁLISE INTERPRETATIVA

Adotou-se neste estudo como método de análise a perspectiva hermenêutica, fundamentada na busca pelo sentido do discurso, ou seja, a busca pela compreensão e interpretação dos fenômenos (MINAYO, 1994), proporcionando não apenas a reflexão sobre os discursos coletados, mas também e principalmente a oportunidade de aprofundamento e construção de saberes referentes ao tema em estudo (AYRES, 2005).

> Na hermenêutica de Gadamer o interpretado suscita questões inéditas para o intérprete, mas é o intérprete que possibilita ao interpretado a proposição dessas questões. Através desta complexa *"dialética de pergunta e resposta",* sempre intermediada pela linguagem, realiza-se, segundo Gadamer, o compreender incessante com o qual a humanidade vai estatuindo e instaurando historicamente o seu mundo, reconstruindo continuamente o passado do futuro que enxerga desde cada presente (AYRES, 1994, p.317).

A partir dessa abordagem interpretativa, na qual foi realizada a proposta de questões acerca do tema humanização aos alunos, seguida da apresentação de suas opiniões e ideias em seus discursos, iniciou-se o exercício de compreensão do que havia sido relatado.

Inicialmente, com a leitura repetida das narrativas e a extração de unidades de sentido que surgiram do corpo discursivo do conjunto. Sobre tais unidades, referidas à literatura e complementadas pela análise documental, construímos interpretações com as quais nos aproximasse da compreensão do nosso objeto de estudo.

A criação das categorias empíricas e analíticas foi realizada após um detalhado processo de análise do material coletado, para tal foi seguido alguns passos orientadores propostos por Minayo (2012). A primeira parte desse processo se deu com leituras repetidas do material coletado e sua

impregnação, posteriormente houve a identificação de alguns temas previstos e temas que surgiram a partir da leitura do material coletado e por fim foi criado um roteiro temático seguido da hierarquização e relação dos temas (MINAYO, 2012).

Após esta abordagem, os dados foram classificados em categorias empíricas, emergentes do próprio discurso dos alunos e categorias analíticas, ancoradas na literatura.

Categoria Analítica	**Categoria Empírica**
Conceito de humanização	- Concepções de humanização na Saúde
Interatividade	- Relação médico e paciente - Empatia como habilidade comunicacional
Gestão dos serviços	- Organização dos processos de trabalho
Ensino médico	- Modelos de atitude profissional -Metodologias educacionais para a humanização

4.1 Conceito de humanização

O conceito representa mais do que apenas uma palavra ou expressão, ele agrega o sentido acompanhado de história e representações da realidade (MINAYO, 2012). O conceito de humanização, composto de representações, história e ações, transita diretamente nesta compreensão da relação do ensino médico com a humanização, ou melhor, torna-se elemento básico para esta relação, uma vez que a compreensão do sentido da humanização é necessária para compreendermos seu significado para os alunos de medicina.

O trecho acima dialoga com a fala do aluno 4, que expressa a ideia de que o termo humanização gera diferentes sentidos para sua compreensão.

“A humanização tem muitos sentidos.” (Aluno 4)

Portanto, adotou-se como referência determinados conceitos de humanização, em relação aos quais se interpretou as concepções trazidas pelos alunos. Com a definição abaixo, procurou-se contemplar um amplo sentido de humanização, ilustrando o alcance que o sentido de humanização tem hoje na área da saúde.

> [...] a humanização pode ser compreendida como: Princípio de conduta de base humanista e ética; Movimento contra a violência institucional na área da saúde; Política pública para atenção e gestão no SUS; Metodologia auxiliar para gestão participativa; Tecnologia do cuidado na assistência à saúde. [...] Visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva através de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços (RIOS, 2009a, p.10).

Em uma linha semelhante de referenciamento, de acordo com a Cartilha da PNH, entende-se por humanização:

> [...] a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a coresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (HUMANIZASUS, 2010, p.4).

A definição do conceito de humanização para os alunos entrevistados apresenta elementos de imprecisão e insegurança ao afirmarem algo sobre este tema. Esta característica foi presente em todos os entrevistados, uns mais e outros menos, não compondo de forma clara e completa uma definição de humanização, ao primeiro contato com o tema durante a entrevista. Contudo, é possível identificar nas falas dos alunos, características específicas da humanização, isto foi possível conforme resgatavam em suas experiências práticas, características da humanização contidas nas referências adotadas neste estudo.

O aluno 8 expressa sua definição de Humanização.

"(...) bom, pela palavra é o processo de tornar alguma coisa humana, mas a questão é o que é tornar alguma coisa humana?... não é uma coisa tão

simples de se responder. Eu acho que... na medicina, seria de repente tentar, ao máximo, transpor aquela barreira que existe entre o que é o médico, o que é o paciente, pensar que são duas pessoas se relacionando de alguma forma ali, e tentar ver quais são os fatores que podem atrapalhar esse tipo de relacionamento e quais são os que podem ajudar. E dessa forma tentar encontrar uma forma de tornar esse relacionamento mais humano." (Aluno 8).

O aluno 8 fala sobre a relação que se faz do termo humanização com a ideia de tornar humano, ao mesmo tempo ele problematiza essa relação ao perguntar o que é tornar algo humano e a complexidade de abordar esta questão. Nesse pensar, aproxima-se da proposta de construção de protagonismo dos sujeitos médico e paciente, como diz a PNH. Também se aproxima da humanização como busca de incluir valores humanísticos nas relações, sem com isso acreditar em um determinado modelo acabado e padrão do humano a que se refere (RIOS, 2009a).

O termo humanização também pode ser compreendido como algo que busca enfatizar os valores humanísticos em sua proposta, valores estes que sempre permearam as relações, como a participação, a autonomia, a responsabilidade e atitude solidária, visando mais qualidade na atenção à saúde (RIOS, 2009a).

Abaixo, o aluno 7 também aponta em seu discurso esta relação.

"Humanização... o clichê é tornar mais humano, mais próximo, mais... não sei... mais perto mesmo. No caso do atendimento em medicina, que é o que você quer... seria encurtar aquela distância, essa distância entre uma ponta da mesa e o outro lado da mesa. E que o médico está de um lado e o paciente está do outro. E tirar desse meio do caminho toda aquela parafernália de exames, aquele distanciamento, para mim é encurtar a distância mesmo, mais ou menos isso." (Aluno 7).

Outra interface entre os dois discursos desses alunos é a relação do conceito com a subjetividade nas relações. Nos serviços de saúde, uma das formas que a humanização aparece, é na busca pela melhora na relação médico e paciente (PUCCINI; CECÍLIO, 2004). Portanto, a humanização está

diretamente ligada às relações interpessoais e como estas acontecem. Esta relação será abordada profundamente na categoria interatividade.

O aluno 7, representa em seu discurso, a impressão do seu conhecimento em relação ao que o termo oferece aos diversos olhares que a humanização aborda.

"(...) nossa, pergunta complexa! Não sei, humanização dá para a gente destrinchar essa vertente, sei lá, essa palavra, em milhões de vertentes, na verdade essa palavra tem várias vertentes." (Aluno 7).

As expressões como "Pergunta difícil", "Pergunta complexa" ou "Como vou responder?" traduzem a imprecisão e a pouca familiaridade dos alunos com o tema, alguns até demonstrando grande dificuldade em organizar ideias em torno de uma definição. Porém ao fim das entrevistas, frequentemente chegavam a uma ideia de humanização, contendo características próximas às referências adotadas. Por exemplo: características que concernem à empatia, aspectos éticos, relações humanas, respeito e responsabilidade.

O aluno 1 resume de forma clara essas características.

"(...) a princípio, não tinha pensado sobre essa coisa, então... não consigo complementar muito bem (...)" (Aluno 1).

Complementa:

"Pergunta difícil... Eh... Acho que depende da visão, depende do ponto de vista, a gente pode achar que é empatia, se colocar no lugar do paciente, considerar o lado ético ou não na hora de você lidar com o paciente. Acho que faz parte... a sua relação com o paciente, a sua relação com os profissionais ao redor, a relação com tudo isso, eu acho. Tem a ver com relações humanas. Então, envolve tudo, coisas boas, respeito, consideração (...)" (Aluno 1).

O aluno 1 destacou empatia, aspectos éticos, as relações humanas e o respeito como elementos que compõem a humanização. Percebe-se que a empatia é frequentemente citada pelos alunos, sendo abordada de forma mais clara na categoria interatividade neste estudo.

O aluno 4 apresenta características semelhantes em sua definição:

"(...) é um pouco complexo acho, mas humanização, se a gente for simplificar eu acho que é... criar, aumentar o potencial de empatia das pessoas.

É uma das principais características, é complexo, mas essa é uma das principais." (Aluno 4).

Assim como o aluno 12:

"Acho que para mim humanização é o exercício da empatia, para mim é isso. Ser humano é você ser... ser humanizado é você aprender a exercitar a sua empatia em relação às outras pessoas. A partir do momento que você empatiza com o problema dos outros e empatiza com as dificuldades e com as felicidades, você age de forma mais humana e humanizada, podemos dizer." (Aluno 12).

Os três alunos citados acima (1, 4 e 12), ressaltaram a empatia como característica da humanização, outros alunos também apontaram como algo relevante.

A empatia pode ser compreendida de diversas formas. A capacidade de estabelecer uma conexão com o outro, na qual possamos nos aproximar emocionalmente do que o outro está experimentando e a expressão verbal e não verbal dessa aproximação, caracteriza a capacidade de empatizar, podendo despertar na relação terapêutica a solidariedade daquilo que o paciente está vivenciando, auxiliando nas tomadas de decisões para o alívio do sofrimento do paciente (DE MARCO et al, 2012).

Enquanto habilidade comunicacional, a empatia é entendida como a busca da compreensão acurada das necessidades e perspectivas do outro, conseguindo também expressar essa compreensão de forma que o outro perceba isto, ou seja, é a capacidade de comunicar a compreensão que se tem do outro (KOLLER; CAMINO; RIBEIRO, 2001; FALCONE et al, 2008). Apesar do conceito de empatia não ser restrito à capacidade de comunicar o que foi compreendido, adotou-se esta ideia de conceito para este trabalho, acerca do campo comunicacional.

O aluno 12 fortalece a ideia de que empatia está diretamente ligada ao conceito de humanização.

"(...) acho que talvez de uma maneira geral as pessoas vejam humanização como empatia, mas talvez elas não expressem dessa maneira, assim... ou talvez conscientemente elas não entendam... ou não concordem

que é uma empatia em si. Mas acho que de maneira geral as pessoas veem que o ser humano, ser humanizado e ter uma profissão humanizada é você poder enxergar o outro como um ser humano e como uma... não só como um paciente, só uma doença ou só um cliente, o que seja... Mas eu acho que em geral as pessoas tendem a pensar por esse lado, que um ser humano é poder empatizar." (Aluno 12).

Assim como o aluno 6:

"(...) considerar o paciente uma pessoa, é ter empatia... para mim a palavra chave é empatia." (Aluno 6).

A empatia foi destacada pelos alunos como algo diferencial e intrínseco à humanização, tornando-se um ponto relevante para um estudo aprofundado, além de ser um tema que desperta influência no âmbito da vida social e individual (FALCONE et al, 2008).

Ao examinarmos outras características, o aluno 11 instiga a reflexão sobre o conforto do paciente, não apenas de forma subjetiva, mas também de forma física. A expressão "confortável com o ambiente" pode compilar com a ideia de associar o conforto de um paciente e a boa estrutura do espaço físico ao conceito de humanização, aproximando-se da ideia de ambiência[2] da PNH, mas não se pode deixar de lado a ideia superficial sobre a boa conduta e a boa aparência associadas à humanização.

"(...) humanização? Acho que criar coisas e fazer coisas que as pessoas se sintam... tratadas melhor, que tenham mais atenção, que se sintam mais confortáveis com o ambiente." (Aluno 11).

Muitos hospitais privados associam a ideia de humanização com a melhora da hospitalidade, da recepção dos usuários, ambientes bem decorados, pessoas bem vestidas, recursos como lojas e outros. Isso pode proporcionar um ambiente mais bonito e confortável. Na rede pública, a ênfase

---

[2] "Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc." (HUMANIZASUS, 2010, p.15).

da humanização recai sobre a tentativa de recuperar os ideais do SUS e a prática da cidadania (RIOS, 2009a).

Outras características apresentadas pelos alunos, que fundamentam a humanização dizem respeito aos conceitos de “cuidado” e “acolhimento”.

> Heidegger, um dos filósofos que mais radicalmente propôs uma ontologia, uma compreensão da existência, baseada estritamente nos limites estabelecidos pela capacidade auto-reflexiva humana, designa como Cuidado, o próprio ser do ser do humano (ser-aí, *da-sein*). Em sua busca por um fundamento não-fundamentalista para a compreensão deste ser, ele aponta a situação simultaneamente temporalizada e atemporal, determinada e aberta, coletiva e singular do ser humano (AYRES, 2004, p. 21).

Aqui, utiliza-se o termo Cuidado sob uma nova perspectiva para o pensar existencial de experiências como o adoecimento (físico ou mental), das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2004).

“(...) acho que você ter uma atitude humanizada é você ter uma atitude de respeito com o próximo, uma atitude de... de compromisso com a pessoa com a que você está, no caso da relação médico paciente, com quem você está atendendo.” (Aluno 2).

Abaixo, o aluno 4 expressa esta ideia do ser em relação ao atendimento na saúde.

“Na prática médica esse entender um pouquinho o motivo das outras pessoas, se colocar no lugar delas para entender o funcionamento... mais ou menos... óbvio que não é tão simples, o funcionamento do pensamento dela naquele momento, te ajuda. E isso eu acho que é em qualquer relação humana, vai funcionar. Em qualquer lugar que tenha mais de uma pessoa pode ter um pouco mais de... de... do que eu entendo com humanização, que tem a ver com relações sociais.” (Aluno 4).

Ao dizer *“... entender o funcionamento do pensamento dela naquele momento...”* o aluno 4 instiga a reflexão sobre o ser e tempo, apontada por Heidegger (1995) e discutida por Ayres (2004), em que o pensar a existência humana, uma vez imersa em um determinado momento e contexto, abre possibilidades além do que já está construído e reconstrói novas formas de

pensar sobre o ser. Sendo assim, quando se discute o cuidado em saúde, coloca-se em exame muitas das dimensões da existência humana.

O cuidado em saúde tem um dispositivo técnico a seu serviço que está diretamente relacionado com a capacidade de escuta e diálogo, o acolhimento. Este, longe de ser um protocolo médico, pode acontecer a qualquer momento, abrindo espaço para que demandas possam emergir e orientar intervenções, em todas as oportunidades do exercício da escuta na interação do usuário e do serviço (AYRES, 2004).

Sobre o acolhimento a PNH diz:

"O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, uma atitude de inclusão." (HUMANIZASUS, 2010, p. 148), favorecendo "(...) a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde." (HUMANIZASUS, 2010, p. 147).

O aluno 6, relaciona (de forma empírica) o acolhimento com a possibilidade de escuta e interesse legítimo ao outro. Neste momento se pode pensar na reconstrução do cuidado em atenção à saúde, no qual o encontro entre médico e paciente, na dimensão da intersubjetividade, pode proporcionar um autêntico encontro e proporcionar a escuta e compreensão do que se é falado (AYRES, 2004).

"(...) você parar e ouvir a pessoa. Até por isso que a gente fala ainda, a gente é interno, não é médico ainda... como a gente não tem tanta pressão, tem mais tempo de conversar e tal, os pacientes gostam muito de ser atendidos por você, porque pergunta tudo, e ouve... e tem tempo para fazer um monte de coisas. E aí quando você fica mais velha, ou por falta de tempo, ou por já saber o que é mais importante e o menos importante, você vai atropelando muito mais, não presta tanta atenção. Daí eu acho que... que isso conta muito para o paciente se sentir acolhido, sentir que tudo que ele está falando você está ouvindo... está interessada. Até assim... que a gente estuda

medicina, mas também a gente é paciente, então... dá para trazer um pouco da gente." (Aluno 6).

Abaixo, o aluno 1 também ressalta a importância do interesse legítimo pelo paciente.

"(...) atitudes que eu acho que são como deve ser o atendimento. Ele vai se preocupar, se interessar pelo paciente, tentar criar um ambiente legal para ajudar as pessoas" (Aluno 1).

Nota-se outras características específicas da humanização, no relato dos alunos, por exemplo a noção de integralidade e responsabilidade.

O reconhecimento do outro em suas diferentes esferas de existência, levando em consideração aspectos biológicos, psíquicos e sociais na atenção ao cuidado e não apenas a junção de técnicas laboratoriais, compõe a integralidade do cuidado (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Abaixo, o relato do aluno 10.

"A humanização é você não se ater tanto e somente aos aspectos científicos e técnicos... em relação à medicina, da carreira, procedimentos médicos, e focar um pouco na parte de humanização em si mesma, a parte do paciente, tudo que envolve os aspectos emocionais, sociais, e tudo mais que envolve o paciente, que para ele é tão importante quanto qualquer outra coisa, qualquer outra parte do tratamento." (Aluno 10).

O aluno ressalta a importância do ser em sua totalidade para o cuidado em saúde, assim como o aluno 5 e 1, abaixo.

"Humanização acho que é respeitar o próximo de uma maneira dentro do seu ambiente de trabalho, no caso humanização na medicina, acho que é você evitar fixar só na parte científica médica e cuidar também do doente como pessoa. Como ser humano que também merece atenção, merece uma série de outras coisas." (Aluno 5).

Relato do aluno 1:

"(...) a equipe dos cuidados paliativos, são pessoas diferentes (...) O fato deles considerarem o ambiente da pessoa, o ambiente familiar... as vontades do paciente e... o lado médico, que é o da pessoa não sofrer... Uma

equipe nova que está surgindo no hospital... eu não consigo desassociar." (Aluno 1).

O aluno 5 destaca a importância de não reduzir o ser à sua patologia e o aluno 1 revela que em sua opinião a equipe de cuidados paliativos está mais próxima da humanização, justamente por valorizar a totalidade do ser e a integralidade do cuidado.

Abaixo, o aluno 3 também aponta esta relação da patologia e a totalidade do ser.

"(...) ah, por exemplo, eu penso em fazer pediatria. Eu acho que pediatria é uma área muito humanizada. (...) porque eu acho que tende a se preocupar como um todo assim... na parte mesmo de saúde. Se preocupa com a patologia, mas tem uma parte muito mais em volta. Como é o desenvolvimento assim... do ser humano, que você está preocupado, então você tenta saber, entender e controlar todos os fatores em volta. Então, tendem a ser consultas assim mais humanizadas. Mais preocupadas com... com o todo." (Aluno 3).

O aluno 7, abaixo, descreve uma situação pessoal, na qual a falta de espaço para o diálogo e o interesse legítimo acabaram por contribuir para prejudicar um paciente ou o desmotivando.

"(...) eu tenho um problema dermatológico... eu odeio dermatologista, para mim são tão burros... ignorantes... mentira... eu talvez até faça dermato... mas... a visão que eu tinha era isso, por que?, porque era esse médico distante. Eles não queriam ouvir o que tinha para falar, mesmo que o eu tivesse para falar para eles fosse inútil para eles, o que hoje eu sei que é inútil (...) mas era importante para mim, e ninguém nunca me ouviu. Então, eu desisti de ir atrás, eu larguei o tratamento para uma dermatite de contato que eu tenho, e até hoje me enche o saco isso, porque eu falei – médico é um ser, que pelo amor de Deus -, sabe... dermatologista então, nem se fala. E essa distancia que é tosca." (Aluno 7).

Além de destacar a importância da dimensão dialógica para o cuidado em saúde, o aluno 7 ressalta a importância da relação médico e paciente, afirmando que a distância entre eles é algo ruim, assim como o aluno 6 reforça.

“Vou tentar conceituar humanização. Acho que é a gente pensar, observar, entender e aprender sobre a relação humana entre as pessoas dentro da medicina. Não sei... Perceber a importância dessa relação, porque a gente está lidando com gente, né, além de toda a parte científica que tem na nossa carreira.” (Aluno 6).

A responsabilidade, enquanto atitude ética do cuidado, diz respeito ao compromisso de corresponder a algo, responder às necessidades de saúde dos indivíduos e da sociedade, por exemplo, a relação médico paciente (AYRES, 2004).

“A responsabilidade assume relevância para o Cuidado em saúde em diversos níveis, já desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços (...)” (AYRES, 2004, p.24).

A responsabilidade também é inserida como um dos valores da cultura da humanização, tendo em vista mais qualidade na atenção em saúde e melhores condições de trabalho (RIOS, 2009a).

“(...) como eu vou responder isso de uma forma que não fique... parecendo... quase... acho que você ter uma atitude humanizada é você ter uma atitude de respeito com o próximo, uma atitude de... de... de compromisso com a pessoa com a que você está, no caso da relação médico paciente, com quem você está atendendo.” (Aluno 2).

O aluno 2 aponta a relação do conceito de humanização com o compromisso nas relações acerca do cuidado.

Abaixo, o aluno 5 complementa a questão da responsabilidade.

“Acho que uma das atitudes mais humanísticas aí é você explicar ao paciente o que ele tem, que muita gente, muitas vezes, acaba esquecendo. Explicar para os alunos, explicar para todo mundo o que o paciente tem, mas não tenho certeza que ele aprendeu aquilo que ele tem (...)” (Aluno 5).

O aluno 5 aponta a importância de tornar o paciente participante do seu processo em saúde/adoecimento, assim como a importância do diálogo para a compreensão deste processo. Muito embora transpareça em sua fala certa dúvida quanto a isso ser efetivo para o paciente.

O usuário, enquanto participante do processo de trabalho em saúde, torna-se co-responsável pelo sucesso ou não da ação terapêutica (PUCCINI; CECÍLIO, 2004). A responsabilização se refere ao envolvimento de todos os participantes do processo de adoecimento/saúde, ou seja, é um espaço para uma responsabilidade compartilhada. Segundo Ayres, o cuidado em saúde envolve êxito técnico e sucesso prático, ocorrendo o diálogo entre essas duas esferas. O êxito técnico é representado pelos recursos científicos- tecnológicos, enquanto o sucesso prático é a compreensão das intervenções propostas e dialogadas, atribuindo e conectando valores concretos e simbólicos do plano terapêutico na vida cotidiana (AYRES, 2004).

Mas na visão do aluno 4, apenas a dimensão comunicacional do médico aparece, não aparecendo a perspectiva do paciente. A comunicação seria unidirecional, contrariamente ao que Ayres advoga para o cuidado.

"Se você for um bom técnico ou pelo menos um técnico aceitável, se tiver boas relações pessoais, se comunicar bem, conseguir fazer com que as pessoas te entendam, muito provavelmente você vai ser um bom médico." (Aluno 4).

O diálogo entre competência técnica e tecnológica com a competência ética relacional compõe a humanização em saúde, esta que tem o campo das subjetividades como base para que valores como a autonomia, responsabilidade, participação e atitude solidária, proporcionem mais qualidade na atenção à saúde (RIOS, 2009a).

A ética e a moral são termos que podem ser compreendidos por diferentes pontos de vista. Utilizados no cotidiano e com diferentes linhas de pensamento em jogo, ambos os termos podem ser confundidos entre si, ou usados como sinônimos (FIGUEIREDO; GUILHEM, 2008). Neste estudo, adota-se os seguintes conceitos de ética e moral, particularmente em relação à conduta profissional.

"A ética serve para conduzir as ações humanas a respeito das boas ações ou as não éticas e más." (FIGUEIREDO; GUILHEM, 2008, p.3). Para esses autores, a moral faz parte da vida cotidiana das sociedades e das pessoas, baseadas em princípios internos e nas ações segundo tais juízos. A

ética se refere às normas de condutas em resposta do exercício da razão crítica (REGO; GOMES; BATISTA, 2008; CORTINA, 2003).

A moral pode assumir um caráter obrigatório e normativo, com valores que não são questionados, mas sim impostos em determinado tempo e lugar. Composta por um conjunto de princípios, comandos, normas de condutas, valores e outros que são construídos por um grupo em um determinado contexto histórico. A ética, no âmbito da conduta profissional, diz respeito ao conjunto de normas que regulamenta o comportamento de um grupo particular (SEGRE; COHEN, 2002; GUILHEM; FIGUEIREDO, 2008).

Ao pensarmos no âmbito moral, a humanização propõe valores conhecidos como respeito, solidariedade, compaixão, e outros, propondo a construção de atitudes que garantam a dignidade humana na saúde e o exercício da ética. Segundo Rios, e para essa autora, no âmbito da ética, pensa-se na reflexão crítica que cada sujeito (no caso da saúde, cada profissional da saúde) deve realizar, colocando frente a frente valores institucionais com valores pessoais, com a intenção de agir profissionalmente pautado em diretrizes éticas que reflitam o que se considera bom e justo coletivamente (RIOS, 2009a).

Abaixo, o relato do aluno 3 retrata a relação de valores morais com a ética ao relacionar o desrespeito com a falta de ética:

"(...) uma coisa que me marcou muito, mas eu acho que foi mais uma falta de... talvez até de ética... eh... ah... nem sei se se enquadra, mas eu acho que foi um desrespeito tão grande que eu acho que se enquadra um pouco na humanização. Passando visita no leito do paciente aí o médico assistente vira e fala que o diagnóstico dele é quase certo que levará a uma certa condição. E essa condição é igual a morte, na cara do paciente, assim. Acho que isso foi uma das coisas que mais... acho que isso foi uma das coisas que mais... (...) mais me marcou. O paciente lá olhando, você não sabe se ele entendeu... pode ser que ele não tenha entendido o que foi falado, né..." (Aluno 3).

A relação da moral e da ética com a humanização é pensada como a tentativa de compor valores que resgatem a dignidade humana em saúde tendo como organizador desta construção a ética. Estes valores, por exemplo,

respeito e compaixão, fazem parte de um conjunto de valores morais que representam uma determinada visão de mundo em um determinado contexto, sendo uma relação metamórfica uma vez que a sociedade está sujeita a transformações. Sendo assim, pode-se dizer que a ética é um importante instrumento regulador da humanização (RIOS, 2009a).

Abaixo, o aluno 10 mostra que se para uns, o conceito de humanização se aproxima muito do que dizem várias das referências utilizadas neste estudo, para outros o conceito de humanização ainda não é claro. Percebemos nesse discurso a compreensão de que os temas acerca da ética são ensinados na graduação, porém os temas acerca da humanização pertencem mais a esfera particular do indivíduo:

"(...) essa parte de ética da medicina... sim... eu acho que essa é uma parte que durante as disciplinas a gente aprende muito, são discussões que não são tão óbvias, mas que durante a disciplina a gente aprende bastante." (Aluno 10).

O mesmo aluno discorre abaixo:

"A parte de humanização em si, aquele contato com o paciente, emocional, em outro nível assim... acho que realmente é uma coisa mais prática mesmo, sabe. Apesar de achar que são válidas essas discussões (...) Talvez não seja muito, mas acaba levando algo, é válido. Mas eu não sei se é a forma mais eficiente que tem, entendeu, se é o que vai resolver o problema, entendeu? Acho que, como eu disse, acho que é uma coisa que parte mais da pessoa mesmo." (Aluno 10).

O aluno 5 apresenta sua opinião como a relação direta do caráter e da personalidade com o exercício da humanização.

A personalidade pode ser definida pelo "conjunto de características afetivas, emocionais e dinâmicas, relativamente estáveis e gerais, da maneira de ser de uma pessoa no seu modo de reagir às situações em que se encontra." (VIÇOSO, 2008, p.549).

O aluno 5 acredita que as características de uma atitude humanizada em saúde deve fazer parte do conjunto de características que compõe a

personalidade do sujeito para que ele possa responder de forma humanizada frente a uma determinada situação que exija isso.

“Não adianta você ter tantas aulas quanto você quiser, se o teu caráter for o de alguém que não se importa com o que o outro está pensando, só quer fazer determinada coisa, veio só para tratar o doente, fazer o seu trabalho e pronto, não vai adiantar, você vai ter ‘n’ aulas e você vai continuar tratando o paciente mal. Faria até uma analogia com a questão do caráter que a pessoa tem, que uma parte vai depender do que ela nasceu e teve, de acordo com o que a família ensinou, antecedentes familiares, personalidades e tudo... e a outra parte vai depender do que ela adquiriu durante a vida, o que ela aprendeu com os amigos, com outras pessoas do meio externo. Isso vai fazer a personalidade dela ser diferente. Acho que disso vai depender também a sua humanização na medicina. O que você aprendeu e o que você tem de bagagem já para a vida.” (Aluno 5).

A reflexão que se estabelece neste trecho, trata-se de uma questão muito presente nos relatos dos alunos, na qual a humanização só pode ser exercida se o indivíduo teve em sua criação valores correspondentes àqueles que permeiam e desenham a humanização ou sua prática dentro da ética. As diretrizes institucionais da humanização, seja no ensino ou na assistência, não seriam tão determinantes quanto o desenvolvimento do sujeito no que se refere ao caráter e a personalidade do sujeito. Esta ideia destoa da noção de que habilidades profissionais ligadas a aspectos das humanidades, éticos e comunicacionais são aprendidas.

“Acho que isso é muito pessoal assim, acho que vai da criação das pessoas também. Eh... tem gente que é... nossa, tenho amigas que são extremamente preocupadas com os pacientes, extremamente preocupadas, até demais... já vi amiga minha dando até comida na boca do paciente. E tem gente que não quer... assim... tem gente que não tem jeito para essas coisas. Acho que isso acaba direcionando muito o que a pessoa vai fazer depois... a personalidade da pessoa acaba direcionando.” (Aluno 9).

Os alunos acabam apontando aspectos que retornam a questão se a humanização parte do indivíduo, sugerindo que talvez a humanização esteja

intrinsecamente ligada aos valores morais, pertencentes ao indivíduo e praticado em seu cotidiano, inclusive na prática em saúde.

Enquanto o aluno 9 responde que a humanização é algo pessoal, dependente da criação do indivíduo, o aluno 12 afirma ser algo que pode ser aprendido na graduação.

"(...) além da humanização não ser uma coisa... como estava dizendo, uma coisa pontuável assim... que você pode dizer que aqui é e aqui não, além de ser uma coisa que é global na pessoa, acho que também é uma coisa que é gradual... você pode ser mais humano ou menos humano. Não fracionado, mas gradual assim. Então, acredito... eu consigo lembrar de várias situações em que eu aprendi a ser mais humana no meu atendimento e durante a faculdade assim. Então, eu acho que você consegue aprender sim. Talvez você tenha que partir da índole humana para poder melhorar a humanização de uma pessoa. Talvez uma pessoa que não tenha uma índole e um caráter muito empático, por assim dizer, talvez não consiga aprender de uma maneira teórica isso, como a gente reconhece em vários alunos isso, né, que tem mais dificuldade em aprender a se humanizar, a gente vê bastante isso. E tem pessoas que tem mais facilidade, pela sua índole. Mas eu acho que dá para aprender, sim. Acho que é uma coisa... você vê os outros médicos fazendo, e seja errado, seja certo, você entende que determinadas atitudes são melhores ou com determinados pacientes pode ser de um jeito ou de outro... e aprende a empatizar com coisas que antes você não empatizava." (Aluno 12).

O aluno 12 também apresenta a questão que a pessoa que carrega em seu repertório de valores algo semelhante àqueles que dizem respeito à humanização, pode ter mais facilidade de desenvolvê-la e praticá-la, assim como diz o aluno 8, abaixo.

"(...) acho que... vai... humanização é complicado. Primeiro em termos de definir o que é isso, e que pode não se a mesma coisa para todas as pessoas. E segundo que eu acho que não é uma coisa que você consegue necessariamente ensinar. De repente pode mostrar caminhos, e a pessoa tem que ser susceptível a acreditar naquelas coisas e achar que ela pode agir de

uma forma mais humanizada naquela profissão que ela se propôs a fazer." (Aluno 8).

Também o aluno 5, relata ser algo aprendido, porém de difícil tarefa.

"Não sei... é importante falar?, é importante falar. Mas... esse tipo de coisa que vai do... não do caráter, mas do jeito da pessoa, de como você cresce, é moldado com isso. Então, isso você não aprende no livro. Algumas pessoas aprendem, mas são a minoria, na minha opinião. Então, dá para aprender com teoria?, precisa do exemplo, é mais importante para mim." (Aluno 5).

Acima, também é apontado que o estudo da humanização se dá de forma melhor com exemplos, e não na teoria. Estes aspectos serão debatidos na categoria Ensino médico.

De forma geral, os alunos relacionam a "formação de casa" como algo determinante para a humanização.

"(...) as atitudes que você tem com as pessoas, tanto com seus pacientes, como com as pessoas que estão trabalhando no hospital junto com você, se você tem atitudes de honestidade, de respeito, você está agindo com humanização. É óbvio que você tem que ter compreensão pelo sofrimento da pessoa com quem você está lidando naquele momento, entendeu? É bem difícil, porque na verdade quando você está em um pronto socorro... você acaba entrando na vida de inúmeras pessoas em um tempo muito rápido, entendeu, e... óbvio que muitas vezes as situações são muito diferentes, e você conseguir lidar com isso é bem complicado. E ensinar isso é mais difícil ainda, entendeu?, acho que... isso aí... ensinar humanização é uma coisa que... muito complicada você conseguir fazer, entendeu. Eu acho que uma pessoa que tem uma formação em casa, onde ela percebe que os pais, os familiares dela eles têm essas atitudes com as pessoas com quem ela convive no dia a dia, ela vai aprendendo isso com exemplos, mas você chegar e falar – hoje... -, lógico, tem coisas que você consegue explicar, você consegue tentar passar uma mensagem para uma criança... mas é muito difícil, eu não sei se eu conseguiria pontuar assim como você quer humanização." (Aluno 2).

Assim como o aluno 2, o aluno 1 também compartilha desta opinião.

“(...) não sei exatamente as disciplinas, exatamente, entendeu... não consigo visualizar muito. Mas pelo que eu pensei, por todos os cursos que eu passei, desde o primeiro ano da faculdade, eu acho que uma pessoa humanizada ela já é de casa. Eu acho que você consegue com algumas coisas... eh... dar uma lapidada em algumas pessoas, mas acho que você não consegue ensinar. Essa é a minha visão. Uma pessoa mal educada ela dificilmente vai se transformar totalmente...” (Aluno 1).

O aluno 4 complementa,

“A pessoa que não traz isso de casa ela vai aprender, vai. Vai ficar boa? talvez fique. Vai ficar ótima? nunca, nunca vai ficar ótima. Não tem como ela ficar excelente (...)” (Aluno 4).

O conceito de humanização não se limita em roteiros de como agir na atenção à saúde, mas ela busca regulamentar e enfatizar os direitos e deveres dos cidadãos na saúde, assim como resgatar os valores dos fundamentos básicos do SUS, norteando o processo de saúde em busca da autonomia, troca de saberes, compromisso com o cuidado em saúde e sua própria reflexão (HUMANIZASUS, 2010).

Grande parte da dificuldade em compreender o processo de humanização, justifica-se pelo fato do conceito, em particular o que se refere à PNH, não estar totalmente claro para os alunos.

Muitos se contradizem quando afirmam que a humanização é algo que é aprendido na graduação e ao mesmo tempo dizem ser algo que se constrói desde a infância, quando aprendemos dizer “obrigada, por favor” ou não. É ressaltado no discurso esse paradoxo, no qual acham válido a tentativa de ensinar questões acerca da humanização, porém mantém a dúvida de quão real e efetivo isso é possível.

“Eu acho que ainda é válido a tentativa de passar uma coisa, não sei quanto isso ia ser aprendido ou não. É difícil, tem que fazer pergunta mais fácil.” (Aluno 2).

Em certos momentos dos discursos dos alunoa, aparece essa questão do quanto um conceito ancorado nos valores humanos que são construídos desde a infância seriam ou não mutáveis durante a vida. Porém também se

percebe que para muitos deles esses valores são integrantes de um conjunto de fatores que compõem a humanização, como por exemplo, o aluno 4 abaixo.

"E todos os profissionais que a gente for observar. Não vejo nenhuma exceção. Uma pessoa que se comunica muito bem. Isso quem está falando não sou eu, estou copiando de um professor nosso, que falou, quem é o melhor médico?, o médico que se comunica melhor. E eu fui observar que não é o melhor médico... é o melhor profissional em qualquer coisa." (Aluno 4).

Identificar características nos diferentes discursos ajuda a compreender o conceito de humanização para os alunos, compondo uma base conceitual, técnica e ética.

"Acho que para mim humanização é o exercício da empatia (...)". (Aluno12).

"A humanização é você não se ater tanto e somente aos aspectos científicos e técnicos... em relação à medicina, da carreira, procedimentos médicos, e enforcar um pouco na parte de humanização em si mesma, a parte do paciente, tudo que envolve os aspectos emocionais, sociais, e tudo mais que envolve o paciente, que para ele é tão importante quanto qualquer outra coisa, qualquer outra parte do tratamento." (Aluno 10).

"(...) se colocar no lugar do paciente, considerar o lado ético ou não na hora de você lidar com o paciente. Acho que faz parte... a sua relação com o paciente, a sua relação com os profissionais ao redor, a relação com tudo isso, eu acho. Tem a ver com relações humanas assim (...)" (Aluno 1).

Aqui se entende e se traduz por humanização a partir dos relatos, o compromisso e a valorização dos envolvidos no processo de produção de saúde, desenvolvendo vínculos solidários e dispositivos que conduzam à atenção em saúde de forma integral e solidária, amparada pela conduta ética (HUMANIZASUS, 2010).

A cada relato descrito pelos alunos, foi possível ampliar cada vez mais o conceito de humanização, podendo compô-lo de forma mais diversa, apesar da insegurança no primeiro momento em expor ou afirmar algo sobre o tema.

4.2 Interatividade

No contexto deste trabalho, entendemos por interatividade “a realidade compartilhada que envolve a atenção conjunta a objetos de referência e a comunicação dentro de um domínio linguístico comum.” (RIOS, 2010a, p.184). “A cultura da sociedade e a subjetividade das pessoas são resultados das interações humanas em processos comunicacionais.” (RIOS, 2010a, p. 27).

A constituição de uma sociedade é fruto da interação do homem social, este que é ao mesmo tempo constituído em um processo/desenvolvimento permanente/contínuo. É em sociedade que desenvolvemos a linguagem e despertamos a consciência do eu e do outro (VELHO, 2006; OLIVEIRA, 2001).

Nesta categoria buscou-se compreender como as relações acontecem sob a ótica dos estudantes, assim como as implicações acerca da interatividade, referentes às questões abordadas pela humanização.

A partir das experiências e opiniões subjetivas de cada aluno entrevistado, pode-se visualizar elementos da intersubjetividade que fazem parte da atenção à saúde e o ensino médico a partir das interações desses alunos com o sistema de saúde, pacientes, professores, faculdade e entre eles mesmos.

O trecho abaixo (aluno 4), apresenta diferentes gatilhos para discussão sobre humanização.

“Estava no pronto socorro da pediatria, chegou uma mãe às 3 ou 4 da manhã e por muita sorte dela, sinceramente, caiu comigo. Porque quem estava de plantão comigo aquela noite... se fosse um dos residentes, tudo bem, ótimo, mas dos internos eu era o que gostava de pediatria, o resto do pessoal ia ser uma tragédia. Ela chegou falando – ‘meu bebê ele tem um mês de idade e ele se remexe, se remexe assim... faz uma força... aí ele solta um pum, mas nossa, doutor, você vê que ele está com dor, doutor, ele fica vermelho, faz uma força assim...’ -, eu falei – ‘certo, e aí, que mais?’ -, -‘ não, é isso. O bebê fica

vermelho, faz força, força... força... e faz um pum... não dá doutor, isso aí vai fazer mal para ele' -, - 'sim, mas daí... vomitou?' -, -' não' -, -' teve diarréia?' - , - 'não' -, -' teve febre?' -, - 'não' -. Eu pensei 'ela está de sacanagem comigo'. Ela veio para cá às 4 da manhã, me acordar, porque o nenê dela está com cólica. Aí eu dei aquela respirada – 'é seu primeiro filho?' -, - 'é, meu primeiro filho, doutor, por que... por que... o que vai acontecer?' -, - 'calma, pega ele no colo e senta aqui, vem cá. Esse teu primeiro filho, você não está com prática ainda, mas se você perguntar para a sua vizinha... sua vizinha tem um filho?' -, - 'tem' -, - 'pergunta para ela se o filho dela tinha cólica quando era criança?, isso que ele está agora é cólica, você já teve cólica?' -, - 'já, é ruim...' -, - 'então, criança sempre tem cólica, porque não é diferente do adulto, você tem cólica, o bebê tem cólica, vai doer, vai se remexer e vai fazer essa força, ficar vermelho, e vai soltar um pum, e às vezes vai fazer cocô, é assim, entendeu' -, - 'ah, que bom, doutor...' -, aí eu achei que eu tinha resolvido o caso. Fui lá, a única pessoa que tinha perto era a assistente, fui lá, contei a história e ela falou – 'hum... sei... tem mais algum problema?' -, - 'não, é só isso' -, -' tá bom, tem mais paciente lá na frente?' -, - 'não, não tem mais pacientes, depois que eu atender esse dá para a gente dormir' -, - 'ah, mas não tem mais paciente...' -, -' não' -, -' vamos lá, que eu vou lá com você' -, aí ela começou a fazer puericultura, que não é para fazer no pronto socorro, que a gente foi orientado 'não façam isso no pronto socorro, não é para ficar orientando paciente, ensinando as coisas'. E a assistente chegou lá e fez exatamente isso, falou – 'olha, como a senhora dá de mamar?' -, - 'ah, dou de mamar assim' -, -'não, não, não pode ser assim, tem que ser assim, não pode ser assado. Como a senhora deixa no berço?' -, isso levou uma hora e quarenta, mais ou menos, e eu tinha que ficar do lado, porque o caso era meu, e eu pescando de sono, eu falei – 'nossa, eu não estou aprendendo nada aqui, eu sei tudo que ela está falando. A mãe não sabia absolutamente nada, era uma desorientada no mundo, que não foi na primeira consulta do pediatra. Assim que ela for, vai passar essa dúvida dela, o pediatra vai ter que explicar tudo isso de novo. É só ela ir que vai passar.' Mas a assistente resolveu explicar naquela hora. E depois que passou o meu sono, falei... a mulher é assistente, a gente já tinha resolvido a queixa, eu resolvi

claramente... o paciente estava super contente, porque eram só cólicas... ensinei a fazer a massagem para melhorar a cólica... ensinei a dar uma papinha... a assistente não ficou satisfeita, ela chegou e falou – 'essa mãe... a consulta do pediatra não vai ser suficiente, vai demorar, ela vai ficar aflita com outras coisas... ela não vai ficar satisfeita, ninguém ensinou nada para ela, não tem ninguém ajudando, então eu vou gastar uma hora e meia do meu tempo e vou ajudar ela, vou explicar para ela tudo, não vai ser suficiente. Ela vai na consulta do pediatra, o pediatra completa, mas vai melhorar muito a aflição dela, porque ela é mãe de primeira viagem e outra, se faria alguma coisa o pediatra, eu já falei alguma coisa a mais' -, do pediatra do posto, né, - 'se ela faltar na consulta eu já dei uma coisa a mais. E outra, ela pára de fazer as besteiras que está fazendo com esse nenê, porque ela não tem a menor idéia de como cuidar de uma criança, ela pára essas besteiras' -. Ela foi, falou para mim, eu já estava com um pouquinho de raiva... – 'você está entendendo que a mãe não estava sabendo fazer as coisas?, a pega no seio não estava boa'. -, - 'entendi' -, - 'sabe, essas pacientes a gente precisa sentar e conversar' -, -' é, professora, no posto de saúde, né...' -, - 'é, no posto de saúde, exatamente, o problema é que vai que ela não vai no posto, né, aí ela vai ficar sem saber essas coisas e a criancinha que vai pagar, né?' -, - 'é, professora, mas ela está com consulta marcada, para daqui a 2 semanas' -, -' é, é que essas mulheres às vezes tem tantos problemas que elas marcam consulta dali a duas semanas e não vão, e a gente não estava fazendo nada, né?' -, eu pensei – você não estava fazendo nada, eu estava dormindo -. Mas achei legal, foi uma situação que exige uma calma acima do normal, que eu não tinha, eu tinha só para orientar, não para chutar ela, como provavelmente o residente que estivesse mais cansado que eu ia chutar ela... – olha, a massagem é essa, com essa massagem melhora bastante. Agora, vai na consulta do pediatra que ele explica o restante -. Eu fiz um pouquinho a mais do que isso, mas de longe não fiz nem a metade do que a assistente fez, que era assistente, ela não precisava fazer isso. Ela podia ter pedido para algum residente ir lá explicar, ela poderia ter falado para mim, - vai lá, fala das vacinas, fala das papinhas, fala... -, eu poderia ter feito também, se ela tivesse pedido, mas ela fez questão de ir lá,

fazer comigo, e com a paciente do lado. Porque ela queria ver o alcance que aquilo ia ter na paciente e em mim. Foi legal a assistente falar – esse menino teve boa vontade de tirar a história, de orientar, então ele merece mais conhecimento. Eu vou rever com ele tudo. E essa paciente está precisando muito, mais do que o normal de orientações, então eu vou dar essas orientações. Então, a assistente foi, nesse caso, humana, com a paciente e comigo. Ela teve uma visão que geralmente as pessoas não tem, e eu provavelmente não teria também naquela situação, mas foi uma situação que me chamou a atenção." (Aluno 4).

Neste relato, podem-se destacar alguns aspectos mais relevantes referentes à humanização em consonância com a interatividade, como o sistema de saúde, a relação médico-paciente e relação professor-aluno.

Diferentes questionamentos podem ser levantados em relação à situação descrita pelo aluno 4.

Ayres (2004) desenvolve a proposta da reconfiguração da relação terapêutica existente, na qual a reconstrução da atenção à saúde de uma forma integral, buscando recompor competências, relações e implicações não estruturadas, dará sentido ao cuidado.

A organização do sistema de saúde em relação ao cuidado instiga reflexões acerca da ética. O aluno 4 deixa claro que houve duas posturas possíveis de atendimento frente àquele caso, a primeira teria sido a realização do diagnóstico, medicação e orientação para liberar o paciente, sendo assim ele teria atendido a demanda. A segunda postura foi a ressignificação do atendimento, a partir da reflexão com sua professora. O atendimento atinge proporções além dos exames laboratoriais, protocolos e do caráter tecnicista, pois mesmo não sendo orientados a realizar puericultura[3] no pronto socorro, percebeu-se a necessidade e possibilidade de atender às demandas da mãe e da criança, justificando que talvez aquela mãe não tivesse outra oportunidade de ter aquelas orientações em outro serviço de saúde, prejudicando a criança.

---

[3] Ciência que visa favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças, sendo fundamental para prevenção de diferentes doenças nos primeiros anos de vida (BLANK, 2003; SILVA et al, 1999).

Ayres (2004) diz que o pensar em saúde, a reflexão e resignificação do ser são de suma importância para que se recupere ou se construa um projeto de felicidade que devolva sentido para o cuidado. Entende-se por projeto de felicidade o conjunto de representações, desejos, expectativas e elementos da subjetividade a cerca da saúde capazes de mover as pessoas no cotidiano (algo que dê sentido para o que se é vivido e para o que se irá viver relacionado à saúde), (AYRES, 2004). O projeto de felicidade "refere-se à totalidade compreensiva na qual adquirem sentido concreto as demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações" (AYRES, 2007 p.54), por isso agregar o projeto de felicidade ao contexto da saúde, é algo que compõe ativamente o sucesso prático das ações de saúde. (AYRES, 2004).

Abaixo, o aluno 5 cita o exemplo de um professor que proporcionou a reflexão do sentido terapêutico no atendimento, no qual o médico buscou a compreensão do trabalho realizado e possíveis mudanças efetivas na vida do paciente para a sua melhora.

"(...) aprendi muito com a demonstração de um professor que tomou conta de um problema pessoal, que foi atrás de encaminhar o paciente para o lugar correto, que soube orientar o paciente na parte de mudança de estilo de vida e outras coisas, que eu acho que são importantes para a humanização do tratamento, e não somente prescrever um remédio, mandar ele tomar e voltar se tiver algum problema.(...) Isso mudou o meu ensino, eu acho, me fez ser alguém mais ligado a essa parte extra do paciente, a gente chama de extra porque a gente é focado... como eu falei, reconhecer padrões, tratar padrões, tratar com tal remédio, por tanto tempo e pronto..." (Aluno 5).

Ao recortarmos a fala do aluno 4, podemos realizar a seguinte consideração:

"Então, a assistente foi, nesse caso, humana, com a paciente e comigo. Ela teve uma visão que geralmente as pessoas não tem, e eu provavelmente não teria também naquela situação, mas foi uma situação que me chamou a atenção." (Aluno 4).

Pode-se perceber no relato acima do aluno 4, que a oportunidade de escuta que surgiu na interação paciente e médico e assistente, proporcionou a resignificação tanto da consulta médica para a mãe, como o cenário de aprendizagem para o interno. A partir da reflexão das possibilidades presentes naquele cenário, houve uma conduta de transpassar as barreiras dos exames laboratoriais e anamnese, possibilitando a compreensão da demanda de uma mãe que levou seu filho ao médico, esta demanda que foi guia de diversas intervenções significativas para o paciente.

Como dito anteriormente, um aspecto importante para compreensão da humanização é a integralidade do cuidado, no qual há o reconhecimento do outro, e não apenas a junção de técnicas de cuidado (PUCCINI; CECÍLIO, 2004). A professora ao apontar ao aluno que talvez aquela mãe não fosse a consulta na UBS expõe uma visão além do encaminhamento que a mãe tinha, ela reconhece naquela mãe diferentes possibilidades de resposta frente à consulta, fazendo-a refletir sobre a melhor forma atender o paciente, que foi adiantar algumas orientações de como cuidar da criança.

Posicionar o usuário como co-participante do processo de trabalho e co-responsável pelo êxito terapêutico estabelece uma relação efetiva entre médico-paciente (PUCCINI; CECÍCLIO, 2004).

A ideia de co-responsabilidade debatida pela PNH se refere ao “compartilhamento de decisões, planejamento e avaliação de uma ação comum, com tarefas decididas coletivamente.” (HUMANIZASUS, 2010, p.105).

Neste trecho também percebemos a atitude do professor, recebida pelo aluno como um ensinamento, tendo o acolhimento como atitude para com o outro.

4.2.1 Relação médico e paciente

A relação médico e paciente é fortemente destacada nos relatos dos alunos, sendo lembrada como presente na humanização, sendo fundamental para a qualidade nos serviços de saúde.

A discussão em torno do conceito de relação médico e paciente está entreos desafios encontrados nos debates sobre humanização na medicina (FILHO, 1998).

A comunicação e a compreensão entre o médico e o paciente, pode aproximar esses dois lados da relação, sendo que a familiaridade, a confiança e a colaboração são parte de um processo diagnóstico e terapêutico. A postura paternalista e tecnicista deve abrir espaço para a relação participativa e empática, conduzindo ama mudança no modelo dessa relação para a existência de um paciente ativo, assim como seu médico (CAPRARA; FRANCO, 1999).

Percebe-se, a partir das falas dos alunos, que a definição em termos conceituais desta relação não é muito clara, porém destacam sua importância e elementos presentes de uma forma mais intuitiva em seus discursos.

O aluno 4 descreve uma relação unilateral e paternalista da relação entre o médico e um paciente, justificado pelo contexto social histórico que levou a essa conduta.

"Alguns mais antigos, a gente observa que a educação deles foi muito diferente da nossa. Quando a gente conversa um pouco mais pessoal com eles, eles contam como era na época deles, - não, isso que tem hoje antigamente não tinha. Vinha aqui, era paciente que não tinha a menor ideia de nada, você não conversava nada, fazia um negócio, ele falava uma coisa, você mandava ficar quieto porque não dava para conversar -, ou seja, eles iam muito mais no paternalismo do que na conversa. Que justifica uma medicina se for feita de outra maneira. (...). Tanto é que se a gente fizer a conta era período militar, tecnicista ao extremo. Então, as pessoas mais valorizadas, de longe, naquela sociedade eram os militares, os engenheiros, os médicos. Por que?, porque era quem tinha o conhecimento, quem tinha ciência." (Aluno 4).

Até a década de 1940 a relação médico – paciente talvez fosse mais próxima e humana, levando em consideração as circunstâncias da época, com poucos recursos tecnológicos e terapêuticos, sendo assim essa proximidade se tornava essencial para o exercício do trabalho. Com o passar do tempo e as mudanças advindas da Medicina Moderna e a organização científica do

trabalho em saúde, a tecnologia se apresenta como intermediário nas relações profissionais (SCHRAIBER, 2008 ; RIOS, 2009b; RIOS, 2010a).

O relato do aluno 2, aponta aspectos da relação médico e paciente afetada pelo aspecto tecnocientífico

"Nós viramos técnicos assim, sabe... porque não consegue englobar tudo... porque tem uma limitação das pessoas mesmo. A gente passa por seis anos de medicina técnica, então você sempre perde um pouco. Acho que a gente tem uma luta para não perder isso, essa coisa humanizada." (Aluno 12).

A tecnologia é, por vezes, apontada como elemento que dificulta a reflexão sobre as questões subjetivas acerca do cuidado, e a crença que sua utilização seja a única fonte de sucesso em um tratamento (DESLANDES; MITRE, 2009).

Percebe-se na fala dos alunos a dificuldade de relacionar ou integrar a tecnologia com os aspectos subjetivos que envolvem a relação entre o médico e o paciente.

Percebe-se também, que a definição em termos conceituais desta relação não é muito clara, porém destacam sua importância e elementos presentes nesta relação de uma forma mais intuitiva e repetitiva em seus discursos.

Nos serviços de saúde, uma das formas que a humanização aparece, é na busca pela melhora na relação médico e paciente (PUCCINI; CECÍLIO, 2004), reforçando a ideia de que os alunos identificam elementos conceituais da humanização.

"Vou tentar conceituar humanização. Acho que é a gente pensar, observar, entender e aprender sobre a relação humana entre as pessoas dentro da medicina. Não sei... Perceber a importância dessa relação, porque a gente está lidando com gente, né, além de toda a parte científica que tem na nossa carreira." (Aluno 6).

A fala acima (aluno 6) exemplifica que, apesar da imprecisão em definir tanto o conceito de humanização como explorar a temática da relação médico e paciente, ele reconhece a ligação entre a humanização e a importância dessa relação.

O aluno 9, comenta que o desenvolvimento da relação médico e paciente não se dá da mesma forma que se aprende fisiologia, por exemplo. De fato isso não aponta simplesmente o evidente por serem duas áreas distintas, mas enfatiza a necessidade de repensar e refletir sobre como estas áreas estão sendo transmitidas. Também aponta que cada encontro levará a uma relação diferente. A relação médico-paciente não tem a atenção necessária nas escolas de medicina, estas que priorizam os aspectos biomédicos, porém é importante ressaltar que o desenvolvimento da relação médico-paciente é fundamental no cuidado em saúde (RIBEIRO; KRUPAT; AMARAL, 2007).

"(...) muitas vezes você vai, senta e fica assistindo uma aula sobre relação médico – paciente. E relação médico paciente não é algo que surge de conceitos que se dêem em uma aula. Então... teria que pensar outra estratégia individual. Cada pessoa... cada médico, estudante, cada paciente... tem o seu... a sua versão das coisas. Então, cada relação é uma relação diferente. É difícil você ensinar esse tipo de matéria desse jeito, porque é muito mais isso... você não tem uma padronização. Mas não dá para você ensinar como você ensina, por exemplo, fisiologia, sentada na cadeira ensinando, não tem como." (Aluno 9).

O aluno chama a atenção para o fato de que o ensino de temas referentes à subjetividade das pessoas, que em nossas referências é o fulcro da humanização, necessita de métodos didático-pedagógicos diferentes do modelo tradicional de ensino por transmissão de conteúdos teóricos. Essa observação do aluno vem ao encontro de estudos sobre a formação humanística em Medicina (RIOS, 2012).

Concluísse que o termo "relação médico e paciente" é fortemente presente nos discursos dos alunos. As relações são fontes ricas de exemplos que ilustram a compreensão da humanização, no entanto se percebe que há confusão do conceito relação médico e paciente, demonstrando ser um assunto pouco tematizado e pouco estudado.

Estas relações não são restritas ao médico e paciente, mas ampliada até as equipes de trabalho, até a sala de aula e etc.

“Tem lugares que você se relaciona muito bem com a equipe, tem outros lugares que você não se relaciona nada bem com a equipe, do setor (...). Se você se relacionar bem o paciente sempre vai se beneficiar. Se você se relacionar mal, não é sempre, mas a maior parte das vezes o paciente acaba se prejudicando nisso.” (Aluno 1).

“a gente passa pelo curso médico com pouquíssimos professores acompanhando realmente os alunos.” (Aluno 2).

As relações interpessoais são determinantes, segundo os alunos, para a qualidade dentro do serviço de saúde, como diz o aluno 1, que o paciente pode se beneficiar das boas relações entre as equipes de saúde, assim como o aluno 2 relata a importância da presença dos professores em sua formação.

Estas características são identificadas em um comentário do aluno 1, quando ele reflete no final da entrevista como foi para ele falar sobre humanização e ele diz: *“porque tudo que eu falava tinha a ver com uma relação... com alguém, entendeu, de alguém com alguém...”* (Aluno 1).

Nesta fala é possível visualizar a importância das relações e dos aspectos subjetivos que fazem parte da humanização, assim como o comentário do aluno 4. *“Porque a parte mais legal para algumas pessoas, da medicina, é a lida com outra pessoa. Lidar com outra pessoa. Se a gente for ser bem exato é técnica e relações pessoais. E não tem muito mais do que isso.*” (Aluno 4).

Ao relembrar a ideia de que a relação médico-paciente é um elemento chave na atenção à saúde (CAPRARA; FRANCO, 1999), a humanização seria um elemento da qualidade relacional, porque propõe um processo comunicacional apoiado no diálogo. Nesse aspecto comunicacional a aproximação com a humanização, nas falas dos alunos, surge ligada à ideia de empatia, como discutiremos a seguir.

4.2.2 Empatia: habilidade comunicacional

Estudos mostram que habilidades comunicacionais afetam de forma significante o cuidado em saúde, melhorando a qualidade no atendimento, e podem ser ensinadas e aprendidas (RIDER; KEEFER, 2006). O desenvolvimento das habilidades comunicacionais facilita o desenvolvimento da relação entre profissional e paciente (MAKOUL, 2005).

As relações interpessoais de natureza intersubjetiva são complexas, pois os aspectos que dizem respeito às subjetividades, segundo Rios (2009) "se constituem da interação entre o mundo interno (incluindo a biologia) e a história, valores e lugares da cultura da época, presentes desde antes do nascimento, a começar pela própria família que preparou o berço." (RIOS, 2009a, p. 42). Mas é no campo das subjetividades que emerge a melhor compreensão dos problemas e a busca de soluções compartilhadas.

Abaixo, um relato que aponta a busca pela relação com o outro.

"Humanização... o clichê é tornar mais humano, mais próximo, mais... não sei... mais perto mesmo. No caso do atendimento em medicina, que é o que você quer, né, eh... seria encurtar aquela distancia, essa distancia entre uma ponta da mesa e o outro lado da mesa. E que o médico está de um lado e o paciente está do outro. E tirar desse meio do caminho toda aquela parafernália de exames, aquele distanciamento, para mim é encurtar a distancia mesmo, mais ou menos isso." (Aluno 7).

Na fala do aluno 7, pode-se relacionar o estabelecimento de interações apoiadas na intersubjetividade, com a capacidade de criação de um campo de compreensão aprofundada do outro pela linguagem. A necessidade de encurtar a distância, relatada pelo aluno, é a necessidade de compreender a dimensão dialógica existente na relação e fazer o bom uso desta, na qual as habilidades comunicacionais são postas em prática.

O contexto que o médico e o paciente são inseridos no que se refere ao cuidado em saúde, é permeado por tensões e conflitos entre as demandas técnicas e sociais que possam emergir (SCHRAIBER, 1997). Portanto, ao refletirmos sobre a relação que é estabelecida entre médico e paciente e como as habilidades comunicacionais contribuem para o desenvolvimento desta

relação, é necessário refletir sobre os meios que interpõe esta relação, fazendo com que o dueto entre subjetividade e tecnologia seja destacado.

As transformações na prática médica no último século se refletem na relação do médico e paciente. Neste, o aumento do uso de equipamentos no ato médico, a fragmentação do trabalho (tornando cada atuação individual complementar e dependente de outra) levaram que a relação interindividual, pessoal e privada fosse reconfigurada em uma relação intercoletiva, pública e impessoal (SCHRAIBER, 1995a).

A tecnologia, enquanto recurso visto como principal elemento da interação, acaba subtraindo as intersubjetividades e ressaltando protocolos, recursos materiais, medicamentos e outros, tendo impacto na construção da relação médico paciente e seu vínculo ético. (RIOS, 2010a).

O relato abaixo explicita a importância dos aspectos das subjetividades, de acordo com o aluno 4.

"Se a gente for falar de sentimentos e... bom... valores... são técnicas que você desenvolve e aprende, conhecimento, ciência, e relações pessoais. Se for muito bom nas duas coisas você vai ser um bom médico, quase sempre. Não importa se você é bem intencionado ou não. Não importa se você é 'dinheirista' ou não. Se você for um bom técnico ou pelo menos um técnico aceitável, se tiver boas relações pessoais, se comunicar bem, conseguir fazer com que as pessoas te entendam, muito provavelmente você vai ser um bom médico. Isso faz parte da humanização, você colocar essas relações pessoais de maneira um pouco mais ampla e mais complexa. Porque a gente tem uma receita de bolo que a gente aprende, tem no livro a receita de bolo para você seguir, de como conversar com uma pessoa sendo médico. Você sorri quando você entra, você aperta a mão dela, você cumprimenta e pede que ela sente. Aí você lava as suas mãos, você lava depois de novo as suas mãos para fazer o exame físico, durante o exame físico você faz as perguntas sobre a vida pessoal dela, no início de uma forma completamente impessoal, porque é uma receita de bolo que você está fazendo. Essas coisas são interessantes porque é o mínimo que você vai ter. E durante... principalmente durante a prática do internato, que é quando você pratica essas coisas todas, você deixa

desenvolver essa receita e deixar ela virar uma coisa um pouco mais ampla. Você não precisa chegar e perguntar isso, você pode perguntar outras coisas e não precisa ser impessoal, às vezes pode ser pessoal, dividir uma coisa sua com o paciente. Óbvio que vai ter que manter uma distancia, porque é um profissional e uma pessoa que está procurando um serviço. Então... você precisa separar o seu trabalho pessoal... o seu pessoal do seu trabalho, né (...)" (Aluno 4).

O aluno 4 ressalta a importância da comunicação como técnica para um bom exercício profissional. O protocolo de atendimento que ele nomeia como "receita de bolo", atende às habilidades comunicacionais que se espera em um bom atendimento, porém a intersubjetividade é mais que isso, possibilitando a melhor compreensão dos problemas e procurando soluções compartilhadas.

"(...) você está formando um médico ou um computador. Ao que o pessoal fala – ah, um palm e dá para ser médico -. Em algum sentido sim. Em alguns sentidos sim, no sentido de fazer um diagnóstico sim, dá para pegar um palm e ser médico. Paciente, dor na barriga, sim ou não. Sim. Assim dói, sim ou não? E dá certo. Só que tem muito de nuances que não vão ser contempladas no organograma." (Aluno 4).

A interação médico e paciente é constituída através dos processos linguísticos. A comunicação eficiente inclui aspectos da comunicação verbal e habilidade de percepção e compreensão da linguagem corporal, interagindo então, nesta mesma dimensão (FILHO, 1998).

Atualmente, empatia pode ser compreendida por diversas e diferentes linhas conceituais. Enquanto habilidade comunicacional que envolve as subjetividades, a empatia apresenta componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, que sinergicamente buscam a compreensão acurada das necessidades e perspectivas do outro. Por esse referencial teórico, faz parte da habilidade empática conseguir também expressar essa compreensão de forma que o outro perceba isto, ou seja, é também a capacidade de comunicar a compreensão que se tem do outro, sem necessariamente experimentar o seu

sentimento (KOLLER; CAMINO; RIBEIRO, 2001; FALCONE et al, 2008). A fala do aluno 12 se aproxima desse conceito:

"(...) acho que a partir do momento que você compreende o que a outra pessoa está passando, eu acho que aí você toma atitudes que são humanizadas no sentido de respeitar o que a pessoa está passando e de trazer para ela uma conduta ou uma ação que seja pertinente para aquilo que ele está passando naquele momento." (Aluno 12).

A importância que os alunos depositam nessa habilidade é muito grande. No entanto, essa definição aparece, por vezes, de forma intuitiva e não algo compreendido como parte integrante do conteúdo do ensino médico, tanto que o mesmo aluno relata que a empatia é exclusivamente um valor humano, como algo pessoal e particular, não necessariamente adequado ao campo profissional.

"Acho que empatizar em si é uma coisa meio pessoal, né... não é uma coisa profissional, é uma coisa de humano para humano. Não de profissional para paciente ou para cliente ou o que seja..." (Aluno 12).

Abaixo, o relato do mesmo aluno reforça a ideia de como esta habilidade colocada em prática pode ser facilitadora no atendimento humanizado, e também algo que pode ser refletido e apreendido durante o ensino.

"E muitas vezes as pessoas tem razão de estar bravos... cansados... e o simples fato de você reconhecer isso, falar – eu sei que você está cansando... eu sei que demora... se eu fosse a senhora também ia querer ir embora -, aí pelo menos o médico não está achando que está tudo bem, porque não está tudo bem mesmo. E a pessoa só de ouvir já fica mais... que ela vê que não é que estão ignorando ela, é que não tem outro jeito mesmo. Esse é um exemplo de como a coisa humanizada funciona..." (Aluno 12).

O aluno complementa seu relato.

"(...) acho que a partir do momento que você compreende o que a outra pessoa está passando, eu acho que aí você toma atitudes que são humanizadas no sentido de respeitar o que a pessoa está passando e de trazer

para ela uma conduta ou uma ação que seja pertinente para aquilo que ele está passando naquele momento." (Aluno 12).

A empatia é a característica mais presente no discurso dos alunos, tanto para a definição da humanização, quanto no que diz respeito à qualidade da relação médico e paciente. Tais concepções se aproximam dos nossos referenciais, nos quais a empatia é um constructo multidimensional (nas esferas cognitiva, comportamental e afetiva), que atua como recurso para a regulação da vida social, modificado pela cultura e pelo aprendizado (FALCONE et al, 2008).

A perspectiva dos alunos reflete também a importância da comunicação e da compreensão para a qualidade do atendimento apontada na literatura (RIDER; KEEFER, 2006). Na humanização, a compreensão/entendimento através do dialogo, tem também a função de promover a autonomia, a integração e a corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos no processo saúde/adoecimento (DESLANDES; MITRE, 2009).

"Eu acho que aqui a gente tem o problema que às vezes o nível sócio cultural não permite, mas várias vezes a gente consegue uma discussão com o paciente. O paciente vem, explica a situação para você, e você explica a sua situação para ele e... os dois se humanizam. Não é uma coisa só... é uma crítica que eu tenho, não dividi ainda com outras pessoas, mas eu tenho... costumam colocar para a gente que o paciente precisa se humanizar também. É o nosso papel também, não só a gente se humanizar e vamos pensar no paciente. Tudo bem, isso sim. Mas a gente precisa mostrar para o paciente o nosso lado também. Ele mostra para a gente, nós mostramos o nosso lado para ele, e ele fica mais satisfeito, porque ele entende o que está acontecendo. Isso eu não vi dar errado ainda. Quando o paciente entende por que você está fazendo aquelas coisas... que você não é perfeito... que você vai errar... ele se humanizou também, ele entendeu que aquilo é uma situação entre pessoas, que é complexa, que não vai sair do jeito que ele imaginava, quase nunca. E ele fica mais satisfeito, apesar disso ele fica mais satisfeito por entender melhor a situação." (Aluno 4).

O relato acima demonstra como o diálogo pode proporcionar possíveis transformações e resignificações de elementos presentes em determinado contexto.

Por outro lado, ao extirpar a possibilidade de reflexão sobre aspectos existenciais e morais do viver humano, a violência acaba por surgir como porta de soluções de conflitos (RIOS, 2009a). A violência, a invisibilidade e a falta de responsabilidade são aspectos presentes em algumas relações descritas pelos alunos. A violência em suas diversas formas (verbal, moral, institucional) vai contra os princípios básicos da humanização, que encontra dentro da ação ética um importante instrumento a seu favor e contra a violência (RIOS, 2009a).

"(...) uma coisa que eu acho horrível assim, que às vezes tem médico que faz, que é começar a conversar em inglês na frente do paciente, para o paciente não entender o que você está falando. Se não quer falar na frente do paciente, sai da frente do paciente. Então a gente está visitando o leito, mas você não quer que o paciente entenda o que você está falando... então não passa visita no leito! Mas aí fica... ou fala em inglês, ou fala com termos difíceis... aí o paciente fica sentado na cama, com uma cara de interrogação, não sabe se estão falando dele, se não estão falando, né. E aí... fica aquela coisa constrangedora. Eu acho muito chato, é uma falta de respeito com o paciente. E o paciente tem direito de saber o que acontece com ele também, né, então se você quer passar visita na frente dele tem que parar para explicar tudo que a gente está falando, o que faz parte da doença dele, o que não faz... e estar aberto às perguntas que o paciente fizer, né." (Aluno 9).

O aluno 9 relata uma situação que expressa a violência moral em relação ao paciente e a sua invisibilidade, pois de alguma forma acaba tornando mais fácil para o médico não ser claro com o paciente, não lidar com suas angustias e suas dúvidas.

O desenvolvimento de habilidades comunicacionais não tem como objetivo exclusivo a adesão ao tratamento ou o sucesso de um diagnóstico, mas sim, buscar novas formas de se pensar e de reproduzir o cuidado (DESLANDES; MITRE, 2009).

A perspectiva dos alunos reflete a importância da valorização das relações dentro do serviço de saúde. A comunicação e a compreensão são peças chave para a qualidade no atendimento (RIDER; KEEFER, 2006).

"(...) médicos que fazem campeonato de quem atende mais rápido ou vamos falar com menos palavras, é bastante desumanizado também". (Aluno 8).

A partir do comentário do aluno 8, pode-se questionar quais valores são vivenciados na prática em saúde. Claramente, nesta situação, não se identifica valores que dizem respeito ao cuidado em saúde. "A humanização propõe a construção coletiva de valores que resgatem a dignidade humana na área da saúde e o exercício da ética, pensada como um princípio organizador da ação." (RIOS, 2009a, p.12).

A humanização busca resgatar a dignidade humana através da construção coletiva de valores, que coloca os profissionais da saúde frente a frente com os princípios institucionais e com valores pessoais. Ao contrário de determinar o que cada pessoa devesse assumir como valor pessoal, busca-se na dimensão institucional, a base que desenha eticamente a atitude profissional que contemple coletivamente o que se espera ser adequado à prática (RIOS, 2009a).

4.3 Gestão dos serviços de saúde

Apesar do foco deste trabalho não se ater ao tema "gestão" e seus desdobramentos, é importante ressaltar que este termo é cada vez mais usado atualmente no âmbito da humanização, que também é compreendida inclusive como uma ferramenta de gestão, valorizando a qualidade do atendimento, a integralidade e a qualidade profissional (RIOS, 2009a).

> O modelo de gestão que a Política Nacional de Humanização propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato

> compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente. (HUMANIZASUS, 2010, p.25).

A relação de gestão com o ensino na graduação em medicina foi destacada pelos alunos entrevistados. A PNH também cita a importância do desenvolvimento da gestão e atenção em saúde na formação de profissionais desta área, buscando novos modelos institucionais e práticas mais justas e igualitárias (GARCIA, FERREIRA e FERRONATO, 2012).

A PNH defende a proposta da co-gestão e da gestão participativa, estas que representam mudanças na forma de gestão atual na saúde para uma gestão mais democrática. “A Co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo portanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde.” (HUMANIZASUS, 2010, p.25). A gestão participativa se refere ao:

> (...) modo de gestão que incluiu novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singuralidades dos sujeitos e coletivos. (HUMANIZASUS, 2010, p.18).

A partir das percepções dos alunos, identifica-se o papel da gestão em relação à humanização, presente de uma forma clara ou nas entrelinhas de suas experiências.

A importância que se dá à gestão neste trabalho se refere a sua característica de determinante sobre as práticas de saúde, como ilustra a narrativa abaixo, presente nos relatos dos alunos de medicina, atingindo o ensino médico e as práticas de atenção em uma perspectiva humanizadora ou não dentro da graduação.

“Era uma senhora que estava com uma insuficiência renal importante, só que ela não se encaixava nos critérios adotados pelo hospital para entrar em hemodiálise. E, por conta disso, mesmo não entrando nos critérios, ela estava com algum sintoma de insuficiência renal. Ela estava totalmente

anasarcada muito edemaciada, com dificuldades de respiração, porque ela estava retendo muito líquido no pulmão. E a gente pediu uma avaliação para tentar indicar hemodiálise. Só que a equipe que controla aquilo dizia 'ela não tem indicação, não vai fazer hemodiálise, não vai fazer'-. Só que a senhora estava tendo repercussões por conta dessa atitude. Bom, até aí era um fato, a gente estava tentando contornar de outras formas, mas não estava conseguindo resultado. O fato é que um dia durante uma visita um assistente chegou e falou 'por que ela não está conseguindo entrar no critério?''ah, porque um dos rins ainda tem uma pequena atividade', não sei quantos por cento, não vou me lembrar ao certo. E aí ele sugeriu então que a gente aplicasse um medicamento, que terminasse, que destruísse esse pouco... dessa pouca atividade que ela tinha, porque aí ela conseguiria entrar no critério da nefrologia. Eu achei aquilo de uma... uma... sei lá... não sei nem como falar, mas uma loucura tão grande, entendeu, e aquilo para mim foi totalmente burocrático, desrespeitoso, foi um negócio grosseiro... Ele não sugeriu isso para a paciente, a gente não deixou na verdade. Mas eu achei... a visão que ele tinha da coisa era tão burocrática... tão superficial, que é um exemplo que me chamou muito a atenção, entendeu?" (Aluno 2).

O trecho acima oferece elementos para diferentes discussões, porém dois pontos importantes são fortemente destacados, sendo estes os aspectos econômicos e a atitude do professor. Estes dois pontos dizem respeito à reflexão sobre as prioridades dentro dos serviços de saúde, o que leva ao questionamento se os critérios de gestão estão acima dos aspectos do cuidado. Nota-se nessa situação, a sobreposição de um protocolo de gestão de recursos em relação ao cuidado. Certamente que há de se considerar que os protocolos dessa natureza visam uma indicação técnica de alocação de recursos, considerando-se também que os recursos devem ser administrados tendo em vista benefícios individuais e coletivos. Também se coloca em questão se a atitude do professor corrompe a ética, pensada enquanto responsabilidade para com o outro (LEVINÁS, 2009). Como organizadora da ação, a ética exige a reflexão crítica sobre responsabilidades e valores para o bem coletivo e individual em cada situação.

Sobre o que diz respeito aos aspectos de gestão dos recursos e serviços de saúde, destacamos da fala dos alunos tópicos referentes a: a) a alocação de recursos, b) a ambiência e c) a organização dos processos de trabalhoA alocação de recursos, enquanto processo pelo qual os recursos existentes são distribuídos entre usos alternativos, é inserido como componente do campo de gestão de recursos financeiros e não financeiros e tem relação direta e intrínseca com o custo e a qualidade dos serviços e equidade na sua utilização (COUTTOLENC, 1998).

De acordo com Medeiros (1999), os princípios da igualdade e da equidade, predominantemente, devem nortear a alocação de recursos. Igualdade porque todos os sujeitos devem receber tratamento igual, com a prerrogativa de que os indivíduos são todos iguais, com os mesmos direitos e, portanto com acesso aos mesmos recursos. A equidade é voltada para a singularidade, na qual os indivíduos são diferentes entre si, neste caso a diferença busca eliminar ou reduzir a desigualdade, por exemplo, uma pessoa pobre que necessita de um recurso mais do que uma pessoa rica, então se recorre ao critério de justiça com um tratamento desigual levando o lado carente a ser beneficiado.

O relato acima (aluno 2), apresenta uma situação em que é proposto defasar funções vitais do indivíduo para que o mesmo pudesse ser encaixado nos critérios de aceitação para ter acesso a um recurso de saúde. Esta situação mostra primeiramente que não basta o paciente precisar do recurso para ter acesso, é necessário entrar em um quadro que não há mais alternativas de atuação. A reflexão que se estabelece nessa situação é a relação da alocação de recursos e a ética, onde um protocolo de gestão é sobreposto às necessidades do paciente e acima do cuidado, sem a adequada reflexão para a tomada de decisão ética e técnica.

Quando se trata de priorização de recursos, claramente os interesses econômicos, sociais, corporativos e outros são vinculados às tomadas de decisões, porém decisões estas que também estão sujeitas a uma sociedade construída em seus próprios valores morais. Os valores são fatores

importantes no processo de escolhas, não permitindo que as decisões se baseiem apenas em fatos (OSELKA, 2009).

A atitude do professor foi de tomar decisões baseado nos fatos, enquanto os alunos relacionaram a situação com os possíveis valores envolvidos. O próprio aluno diz que a visão de seu professor foi “burocrática”, não houve a reflexão de possibilidades de ação frente aquele impasse.

O relato abaixo (aluno 8), também ilustra de forma clara um impasse causado por uma possível má gestão das equipes de saúde.

“(...) pronto socorro... velhinha, 80 anos... está deitada na maca e ela vai ficar a noite porque ela vai fazer um exame de manhã... E aí à noite ela pede para ir ao banheiro e nenhuma enfermeira pode levar a paciente... aí ela pede, pede, pede várias vezes, até que se urina toda... Aí depois que se urina toda também não tem condições de se trocar, de tomar um banho, porque também a enfermeira não vai ajudar... O paciente fica urinado, a noite inteira, dormindo no molhado... Acho isso de extrema desumanização. E aí você fica – ‘ah, meu Deus, eu não tenho condições agora de pegar ela e levá-la para tomar banho, também não é a minha função’ -, e você fica completamente... – ‘ah, o que eu faço?’ -, você tenta falar para a enfermagem, aí você leva um puta tapa – ‘você que vai fazer, não vem me encher o saco’ -, sabe (...) (Aluno 8).

O aluno entra em conflito em relação a cumprir o seu papel estipulado e atender a necessidade do paciente naquele momento. A discussão que emerge nessa questão é como a organização das equipes é fundamental para o bem estar do paciente, para que cada um possa cumprir seu papel de forma confortável e adequada. Este relato instiga diferentes discussões, como o trabalho interdisciplinar, a organização do processo de trabalho e a gestão pela qualidade, temas estes que serão abordados mais para frente.

A importância da gestão relacionada a humanização, na qual o os agentes do trabalho possam participar efetivamente do processo transformador em saúde, não se dá somente de forma geral e global, mas sim diretamente nas ações do cotidiano interferindo e modificando as ações em saúde no dia a dia (HENNINGTON, 2008).

No tocante à ambiência, de acordo com o HUMANIZASUS (2010), ambiência é definida como “ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (HUMANIZASUS, 2010, p.15).

O relato do aluno 1 descreve sua visão sobre alguns ambientes que esteve inserido durante a graduação.

“(...) nos estágios que a gente passa lá no HU, no Hospital Universitário, eu acho que lá o ambiente é muito mais amigável, eu acho que eu gosto muito mais de lá. Mas aqui no Hospital das Clínicas não é o geral, não é a regra... mas onde isso acontece, assim, eu acho que prejudica. Não é nada geral (...)” (Aluno 1).

Apesar de não estar definido em seu relato o que torna o ambiente mais amigável no Hospital Universitário, ou o que torna menos amigável no Hospital das Clínicas, pode-se perceber que se trata de uma definição ampla, talvez ele não esteja se referindo apenas a um elemento, mas de todo um clima institucional.

“Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores (...)” (HUMANIZASUS, 2010, p.15).

No trecho abaixo (Aluno 2), é descrito como o ambiente físico e sua estrutura podem alterar e interferir na qualidade e no processo do serviço do saúde.

“Eu não sei, a minha experiência na ginecologia foi ruim. Eu tenho que dar um desconto muito grande porque eles estão em um momento de transição ali no hospital, entendeu?, um momento ruim porque eles estavam sem ambulatório, e estava tudo sendo realizado na enfermaria. De uma maneira, e eu sei que o professor X sabe que não é a melhor maneira. Ele falou isso para a gente, mas... mais uma vez, por questões burocráticas, ele não podia parar de atender as pessoas no ambulatório, só que não tinha espaço físico para que isso acontecesse. Um exame ginecológico é um exame muito difícil, muito... tem que ter... né, um espaço, uma relação de compromisso muito grande com a mulher...” (Aluno 2)

Acima, o aluno se refere à privacidade que é excluída ou reduzida no atendimento, justificando pela transição do espaço físico.

> Caracteriza-se ambiência não apenas pela tecnologia médica ou diferentes recursos estéticos ou sensíveis, perceptíveis pelo olhar, olfato e etc, mas como foi dito anteriormente, também é composto por aspectos afetivos propagados nas diversas interações presentes. (HUMANIZASUS, 2010, p.15).

Conciliar a gestão e o cuidado em saúde é um dos desafios do SUS em relação à proposta da PNH. A intenção da PNH é buscar inovações no campo da gestão associadas à atenção, onde o cuidador e o gestor são responsáveis pela tarefa de gerir e cuidar, pois estas são ações complementares (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

4.3.1 Organização dos processos de trabalho.

A PNH aponta algumas questões que podem ser destacadas como motivadoras para transformações no modelo de gestão e atenção à saúde, como a precarização das relações de trabalho, pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, baixo investimento em educação permanente, falta de motivação, lacunas no trabalho em equipe e a dificuldade de lidar com questões das subjetividades. A transformação da cultura institucional, contando com compromisso ético, métodos para as práticas de saúde e gestão dos serviços baseados na intersubjetividade e com a participação dos envolvidos nessas ações, são aspectos que desenham o processo da humanização, como já foi citado anteriormente neste trabalho (HENNINGTON, 2008; RIOS, 2009a).

A organização dos serviços e do espaço é destacada pelos alunos como algo fundamental para o exercício da humanização. As práticas não humanizadas são associadas pelos alunos à falta de estrutura do ambiente que deveria ser voltado para o cuidado. Quando estes alunos se deparam com a

precariedade de recursos com os quais terão de trabalhar (poucos leitos, poucos médicos e outros profissionais da equipe de saúde, recursos tecnológicos em menor quantidade do que o desejável, entre outros), também se deparam com um determinado modo de lidar e trabalhar nessas condições.

Farias et al (2011), afirma que a sobrecarga de trabalho nas práticas de saúde, assim como o estresse são fenômenos diretamente ligados aos processos de trabalho e afetam a sua qualidade, podendo levar a violência institucional e desmotivação. As profissões da área da saúde são classificadas em 3° lugar como campeãs de geradores de estresse. Há relação entre o estresse e depressão ao desgaste físico, ao absenteísmo, a má qualidade de assistência prestada e ao afastamento do trabalhador para tratamento de saúde.

O aluno 2 relata um exemplo presente no seu dia a dia.

"O residente, por exemplo, é uma peça do hospital que é sobrecarregada em todos os sentidos. Então, ele com certeza, uma boa parte das vezes é uma pessoa que acaba não conseguindo fazer isso de forma ideal. Não sei se é justificado ou não, mas o fato é que, por inúmeras razões que não sei se vale entrar no mérito, ele acaba sendo um elo fraco dessa história. Os assistentes são e muitos assistentes não são e não fazem questão de ser também. É difícil." (Aluno 2).

A falta de estrutura, a demanda maior que a oferta, o tempo limitado são justificativas apresentadas pelos alunos como fatores determinantes para a falta de humanização nos serviços de saúde.

"Aquela correria, um monte de pacientes, é comum... você passa por cima dos casos, as pessoas falam, a gente discute na frente do paciente às vezes os casos, ele ouve a discussão nossa, ouve que está com uma doença e não sabe o que significa... sabe... todo mundo discutindo, o paciente lá angustiado e sem dar a mínima importância assim. Às vezes ninguém percebe que o paciente está lá, ninguém pára para pensar no sofrimento do paciente" (Aluno 10).

Também na fala deste outro aluno aparece tal questão:

"(...) é muita gente para pouco tempo que a gente tem. Porque cada um demanda atenção, a gente tenta dar atenção, mas ao mesmo tempo o outro precisa de atenção... você quer atender os outros que estão na fila... aí acaba rolando estresse... aí a gente não consegue fazer o trabalho de humanização muito bem, porque a gente sempre está correndo para tentar atender o máximo de pessoas possíveis, porque isso também é melhor do que ficar ali esperando sem ser atendido. A gente acaba compensando o outro lado, os que já foram atendidos, que ficam esperando muitas horas. Acho que é mais por isso que... também que às vezes a gente está cansado, que tem muito plantão e a gente fica de saco cheio também." (Aluno 11).

Nessa fala, o aluno reforça a questão da organização do trabalho como fator para a falta de humanização, mas também apresenta uma interpretação mais subjetiva de como tal situação é vivida por ele, quando diz do seu cansaço e saturação pelo excesso de demanda emocional.

De acordo com os alunos, o pronto socorro é um espaço que brutaliza as pessoas, exemplificado no relato do aluno 4

"*(...) a gente precisava ter um pronto socorro decente, todos os meus colegas mais velhos me falam, eu já concordo com eles, que o pronto socorro brutaliza as pessoas, e brutaliza, porque você precisa fazer coisas que te ofendem, você não quer fazer aquilo, mas precisa fazer, porque senão você não vai resolver, você não vai ser um bom aluno, você não vai ser um bom interno, então você tem que resolver (...) Vamos colocar mais internos, mais leitos, mais médicos, mais alguma coisa... (...) nenhum paciente devia estar no corredor, porque eu vi na primeira vez, não gostei, e agora não ligo. Eu passo lá... não estou nem aí, passo tranquilão."* (Aluno 4).

Nesta fala, pode-se ressaltar como a rotina de uma forma de realizar a assistência que é indiferente ao reconhecimento das subjetividades das pessoas transformam o olhar do aluno. O fato de ver um paciente no corredor seria algo que chocaria este aluno, que causaria indignação, porém a banalização desta situação faz com que este mesmo aluno não veja problemas, pois já é um fato que faz parte de sua rotina, além do que não

percebe esforços institucionais ou possibilidades de visualizar novas alternativas para esta situação.

A brutalização é colocada como necessidade para ser um bom médico, para sobreviver à rotina hospitalar, desta forma, a violência acontece não só com o paciente, mas também com o aluno no ensino e no cuidado.

Esta fala corrobora o relato do aluno 10:

"(...) Aquela correria, um monte de pacientes, é comum... você passa por cima dos casos, as pessoas falam, a gente discute os casos na frente do paciente às vezes (...) todo mundo discutindo, o paciente lá angustiado, e a equipe sem dar a mínima importância. Às vezes ninguém percebe que o paciente está lá, ninguém pára para pensar no sofrimento do paciente. Isso é relativamente comum. Nem julgo, porque às vezes na correria, a gente acaba esquecendo, acaba passando por cima mesmo." (Aluno 10).

A supervisão teria a função de exercer o papel de acompanhamento e reflexão dessas práticas, auxiliando a desvendar o que se torna invisível aos nossos olhos.

"a gente passa pelo curso médico com pouquíssimos professores acompanhando realmente os alunos." (Aluno 2).

O aluno 8, além de ressaltar a importância para ele sobre os aspectos comunicacionais, também cita a necessidade da discussão em supervisão, o que aparentemente não acontece de acordo com a necessidade apresentada pelo aluno.

"Estudar um pouquinho de... isso da comunicação, sabe, quais são os meios, como as pessoas se comunicam entre si, como se pode comunicar melhor. E ter uma supervisão em relação a isso, justamente essas conversas..." (Aluno 8).

As justificativas das práticas não humanizadas, tais como, não se importar com o paciente no corredor ou não o tornar participante de seu próprio caso são dirigidas à organização do espaço e do serviço em saúde, como é revelado na fala deste aluno:

"(...) é muita gente para pouco tempo que a gente tem. Porque cada um demanda atenção, a gente tenta dar atenção, mas ao mesmo tempo o

outro precisa de atenção... você quer atender os outros que estão na fila... aí acaba rolando stress... aí a gente não consegue fazer o trabalho de humanização muito bem (...)" (Aluno 11).

Desta forma, a reprodução do "ritmo" do hospital, estabelece uma dinâmica fixa de estresse, invisibilidade do outro, insatisfação do usuário e do profissional e a continuidade deste ciclo.

Lacunas no trabalho em equipe são pontos que, por sua vez, demandam mudanças para a qualidade dos serviços de saúde.

O trabalho em equipe não se resume pela presença de diferentes profissionais em um ambiente de trabalho agindo isoladamente e expondo suas ações lado a lado. A atenção integral busca a articulação e comunicação entre saberes (SCHRAIBER, 1999).

Esta ideia nos remete ao relato do aluno 8 acima, em que não há comunicação e articulação entre a equipe para que situações como deixar um idoso urinado e sujo sejam evitadas, mesmo o profissional tendo o seu papel e sua função não significa agir isoladamente e trabalhar de forma fragmentada.

A necessidade de mudanças é apontada tão fortemente, que os alunos sugerem até mesmo forçar o trabalho em equipe desde o início da graduação, isso pode mostrar como há deficiências significativas no trabalho em equipe.

"(...) formar equipe desde o início da faculdade, forçar um pouco de trabalho em equipe desde o início, porque é um jeito muito fácil de aprender e geralmente gostoso." (Aluno 4).

O aluno 1 também ressalta a importância do trabalho em equipe e como o usuária pode se beneficiar de um bom relacionamento em equipe.

"Tem lugares que você se relaciona muito bem com a equipe, tem outros lugares que você não se relaciona nada bem com a equipe, do setor, alguma coisa assim (...) Se você se relacionar bem o paciente sempre vai se beneficiar. Se você se relacionar mal, não é sempre, mas a maior parte das vezes o paciente acaba se prejudicando nisso." (Aluno 1).

O trabalho em equipe e sua comunicação são pontos indissociáveis para a qualidade do processo de trabalho. Frente à perspectiva comunicacional, a integração dos profissionais é sujeita ao compartilhamento

de informações, não apenas do indivíduo, mas da população que o serviço atinge, de forma básica para construção de projetos assistenciais comuns (SCHRAIBER, 1999).

As dimensões sociais, biológicas e culturais que compõem as demandas do campo da saúde, em toda sua complexidade do processo saúde-doença, não podem se limitar a agentes isolados, mas compor articulações de cada especialidade a serviço da assistência integral de saúde (SCHRAIBER, 1999).

"Porque a minha competência como médico não chega até a fisioterapia, eu arranho na enfermagem, porque eu no caso sou muito curiosa, não chega nem perto da fonoaudióloga, da nutrição, dos auxiliares, da própria limpeza, da hotelaria do hospital, da reabilitação, nossa, tem muita coisa que está por aí. Então... tornar mais humano é trazer essa equipe mais para perto para mim também. (...) aí volta, todo mundo junto, aí volta no encurtar, deixar ele mais perto da equipe, não só do médico (...)" (Aluno 7).

O mau relacionamento entre profissionais, a falta de comunicação e o corporativismo são fatores que favorecem a falta de humanização presente.

"*Toda aquela rixazinha... aquela mágoa... aí leva para o pessoal... aí falam – ah, fala isso porque eu sou enfermeira, porque eu sou médico, porque sou só fisioterapeuta ocupacional, minha opinião não é levada em conta nunca -, não, não leva, sei lá (...)"* (Aluno 7).

Esta fala ressalta a dificuldade do trabalho interdisciplinar, este que favorece discussões transversais, em que as contribuições disciplinares são complementares e não simplesmente anexadas, e podem contribuir para atitudes mais cooperativas e menos corporativas. É perceptível, pela fala do aluno 7, a influência da hierarquia no processo de trabalho, em que a avaliação do valor social de cada profissão fica em jogo.

"(...) Dentista também, - ah, foi fazer odonto porque não conseguiu passar em medicina -, nossa... eu fico nervosa quando ouço isso, porque a minha mãe é dentista, tenho duas irmãs dentistas... mais uma prima dentista. Ou seja, a minha família é de dentistas. E elas nunca cogitaram prestar medicina. Eu fugi, e vim para cá, acabei gostando. Mas entrei na faculdade

querendo largar e ir para odonto. Não vou fazer isso mais... mas não sei... os obstáculos assim da humanização... Mas no serviço particular, acho que por ter, não é um nível de organização, mas uma chefia mais rígida, eu não sei o que é, porque eu não estou lá fora ainda, na vida, na batalha assim, mas parece, ao meu ver, que funciona um pouquinho mais essa historia de multidisciplinaridade" (Aluno 7)

A atenção humanizada requer maior contato afetivo e está apoiada no respeito e na valorização humana, tendo como um de seus valores a atitude solidária, buscando a articulação entre a competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (RIOS, 2009b), ideia esta, que não é realidade na fala do aluno, que descreve a falta de aporte técnico sobre o que é o cuidado nesses espaços de trabalho.

A importância da relação entre gestão, humanização e ensino que é construída neste trabalho, visa compreender sob a luz dos olhares dos estudantes de medicina, as peculiaridades dos possíveis caminhos para a humanização dos serviços. O atendimento humanizado é dependente de uma educação humanizadora daqueles que irão exercer o ofício em saúde, assim como do desenvolvimento de ações institucionais voltadas para a atenção ao sofrimento e ao estresse, que pode surgir do próprio trabalho (RIOS, 2009b).

O movimento da humanização caminha além da qualificação, além dos limites corporativos, indo ao encontro de um projeto político social amplo, ou seja, há a preocupação de uma mudança cultural em relação à assistência à saúde, não se limitando em investir na qualificação de profissionais e serviços (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

A preocupação com a gestão e como sua ação afeta o ensino médico é uma forma de ampliar os caminhos da humanização. Claramente isso é identificado pelos alunos quando refletimos novamente sobre esta fala do aluno 8

"Se eu pensar em saúde vem toda a questão de quanto os gestores podem também tornar o atendimento, as condições de um hospital, as condições de um ambulatório, o próprio sistema de consulta e como o paciente

vai ter o acesso ao serviço de saúde, o quanto ele pode ser mais humano." (Aluno 8).

Para que bons resultados nos serviços de saúde sejam alcançados, a qualidade, eficiência, responsabilidade, cuidado, acolhimento e a educação permanente são fundamentais para o sucesso, pois "humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência." (DESLANDES, 2004, p. 13)

A gestão participativa é incluída como um dos caminhos para a humanização dos serviços. A gestão participativa se refere às formas de administrar, composta pela reflexão no fazer coletivo. Esta realidade exige a formação técnica dos gestores focando estratégias, metodologias e ferramentas ancoradas nos princípios da humanização (RIOS, 2009b).

> Entretanto, a humanização só se torna realidade em uma instituição quando seus gestores fazem dela mais que retórica, um modelo de fazer gestão. Boas intenções e programas limitados a ações circunstanciais não sustentam a humanização como processo transformador. Os instrumentos que de fato asseguram esse processo são: a informação, a educação permanente e a gestão participativa (RIOS, 2009b, p. 257).

4.4 Ensino médico

As considerações acerca da categoria ensino médico têm como base as determinações das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, o Projeto pedagógico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, os Objetivos da Área de Humanidades e ementas das disciplinas no ensino médico de graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo assim como os planos de ensino das disciplinas do curso. Com base nestes documentos, pode-se complementar as falas dos estudantes em relação ao ensino na graduação na FMUSP.

A inserção das disciplinas de humanidades na grade curricular do ensino médico vem acontecendo há algum tempo não somente no Brasil, mas

também em outras partes do mundo. Contudo, essas disciplinas frequentemente são vistas pelos alunos como desinteressantes e dispensáveis, em parte porque, apesar de fundamentais para a boa prática médica, muitas vezes são abordadas de forma superficial nos currículos médicos (RIOS, 2009b; RIOS et al, 2008).

A formação médica em harmonia com as contribuições humanísticas visa o desenvolvimento de competências éticas e valores morais em conjunto com o desenvolvimento do conhecimento dos aspectos biomédicos. Atualmente todas as disciplinas do currículo médico da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, apresentam alguma ligação com a área de humanidades, sendo que as disciplinas de Humanidades Médicas se caracterizam por aquelas que estão diretamente relacionadas às áreas humanas na medicina (RIOS et al, 2008).

Um aspecto que é identificado no discurso dos alunos entrevistados, diz respeito à abordagem da humanização no ensino, colocada em segundo plano na formação médica pelas disciplinas mais gerais, ainda que a humanização seja abordada nas disciplinas específicas da área de humanidades:

"Aqui na faculdade a gente tem alguns cursos, mas esses cursos eles são dados por diversas pessoas, entendeu. Você está em sala de aula com um professor, ele passa uma pequena mensagem, outra em outro dia. Quando você abre esse leque para todas as disciplinas a maioria não tem interesse nenhum em abordar a humanização durante a suas aulas, entendeu? Mas nas aulas humanísticas existe, sim..." (Aluno 2).

O aluno acima relata que a relevância das questões humanísticas fica em segundo plano, os alunos afirmam que o foco é o conhecimento técnico biológico da medicina, havendo essa dificuldade de integração dos temas humanísticos ao corpo da medicina, exemplificado abaixo pelo aluno 1.

"(...) nas aulas da faculdade, por exemplo, a gente fica muito preso à parte técnica... fica muito preso à parte técnica e aí acabam se sobrepondo algumas coisas importantes. É como eu falei, o professor tecnicamente não é o melhor... só que como médico ele é o melhor na minha opinião." (Aluno 1).

A dificuldade da integração das humanidades à medicina é exposta pelo aluno 5, abaixo.

"(...) durante o curso médico a gente tem alguns cursos que acabam englobando essa ação de humanização, mas são raras as vezes que a gente consegue colocar em prática a humanização entre alguns temas" (Aluno 5).

Assim como a dificuldade de clarificação do conceito humanização, a inserção das humanidades e sua abordagem na graduação parece ser algo superficial e com pouca familiaridade aos alunos e professores.

Ao perguntar sobre os possíveis objetivos das disciplinas de humanidades, o aluno 1 exemplifica de forma clara a imprecisão deste processo.

"Até pelo fato de ultimamente ter investido uma energia grande em humanidades... a gente até consegue imaginar qual é o objetivo, reunindo tudo, você consegue imaginar, mas individualmente não consigo identificar." (Aluno 1).

Frente a este fator, percebe-se no relato dos alunos que a inserção curricular das humanidades ainda é obscura, fato traduzido pelo aluno 2, que incita o questionamento de como ocorre essa inserção e como é transmitida aos alunos.

"(...) na faculdade de medicina, a gente tem preocupação por parte dos nossos professores de tentar passar uma formação humanizada, boa, tá. Essa preocupação existe. Pessoas que comandam o ensino na faculdade, elas tem essa preocupação. O fato é que existe uma diferença muito grande entre você ter a preocupação e você depois conseguir passar isso de uma forma adequada para o aluno." (Aluno 2).

Apesar do reconhecimento da necessidade de fundamentação prática e teórica nos saberes humanísticos para que a integralidade do cuidado seja efetiva, as humanidades são desconsideradas no corpo da medicina. Portanto, este desencontro da área de humanidades na formação médica é real (RIOS, 2010b).

Frente a este cenário se pode pensar na investigação feita pela autora Rios acerca das razões do desinteresse dos alunos em relação às

humanidades na graduação. Neste estudo a autora identificou fatores como a repetição de temas em diferentes disciplinas de forma não articulada, o pouco preparo dos professores para trabalho com pequenos grupos, apresentação dos temas de forma predominantemente teórica e sem ligação com a prática clínica e pouco aprofundamento dos temas (RIOS et al. 2008).

O aluno 4, explica que os assistentes impõem a importância da prática humanizada, porém, não é algo efetivo em sua própria prática. Isto pode revelar a percepção de que há a noção da importância das humanidades, porém sua integração ainda é falha.

"(...) não deixam a gente não conhecer o paciente. Os assistentes todos, eles obrigam. Eles falam – é a tua obrigação, você é médico dele -. A pessoa mais graduada ele não quer fazer, mas ela obriga a gente a fazer. Então é interessante porque ela não quer, ela não vai fazer, se precisar é capaz dela ir muito a contragosto, mas ela sabe que é importante. Então, apesar dela não querer para ela, ela faz você fazer, como se fosse um pai mesmo, - oh, você precisa fazer (...)" (Aluno 4).

O desafio que se estabelece no confronto a esta realidade é exposto pelo aluno 2, abaixo.

"Agora, você sentar e falar – hoje nós vamos discutir humanização -, eu acho que dá para ser feito, mas é muito difícil, até porque a gente tem lacunas na nossa formação nesse sentido. Então, assim, no meu caso eu acho que você tendo... adotando posturas de respeito, eu acho que você começa a tentar fazer com que a pessoa que está com você consiga entender nesse sentido." (Aluno 2).

A maioria dos alunos apresenta esta visão de lacunas na formação e dificuldade de integração das humanidades à medicina.

Contudo, há também a ideia de que a área das humanidades é bem abordada pela faculdade, como relata o aluno 5.

"(...) humanização é importante, sim. E na faculdade ela é bem abordada, eu acho que talvez esteja mal distribuída, até por uma questão que a gente não é maduro no meio da faculdade... (...)" (Aluno 5).

Da mesma forma, a ideia de que a caminhada para a efetivação das humanidades na medicina é uma realidade e é crescente, de acordo com o aluno 2.

"Eu vejo que a humanização na medicina ela vem progredindo a passos lentos, mas assim... São algumas pessoas que estão encabeçando essa batalha, porque é mudar costumes." (Aluno 7).

Há a necessidade de criação de novas metodologias, estratégias pedagógicas, desenvolvimento dos professores e integração das disciplinas, para que possa ocorrer uma mudança institucional (RIOS et al, 2008).

Os alunos, ao discorrerem sobre o tema, vão apresentando peculiaridades acerca da humanização na graduação. Por exemplo, há um forte diálogo do tema com a disciplina bioética. O aluno 5, refere-se à ela de forma positiva.

"Eu gostei, eu gostei... é interessante, as discussões, as pessoas escolhidas também... as pessoas são excelentes. E é justamente aquilo, de você no seu dia a dia você começar a perceber umas coisas que você às vezes não percebia... acho bom." (Aluno 1) .

O aluno 5 compartilha da mesma opinião.

"É a disciplina de bioética que a gente teve, acho que vai ser a última experiência que a gente vai ter em parte de matéria mesmo com a parte de humanização. E aí a gente discute temas, problemas que a gente vivenciou durante o internato, cada estágio que a gente passou e que a gente gostaria de comentar, que a gente não ficou satisfeito, que a gente se sentiu incomodado ou teve algum problema ético com algum professor, alguma coisa... E é legal que a gente usa assuntos locais e acaba discutindo encima da experiência que as pessoas tiveram e tal." (Aluno 5).

A disciplina de Bioética da FMUSP estabelece que seu objetivo é:

"Poder transmitir os conceitos propostos pela bioética aos alunos do 4º ano. Entendemos que a bioética somente pode ser apreendido através do diálogo com os alunos." (DOC 1).

Sendo descrita como:

A compreensão moralista da ética médica para uma visão mais abrangente, autônoma, da atividade profissional atingindo-se uma visão da "ética" como reflexão sobre a vida. A Bioética tornou-se o espaço de reflexão e diálogo do conhecimento científico examinado "à luz dos valores e dos princípios morais". (DOC 1).

Pode-se inferir que esta referência em bioética para os alunos, trata-se de uma percepção do que talvez não fosse percebido no cotidiano da prática/aprendizado médica, proporcionando aos alunos um convite à reflexão das questões subjetivas e técnicas acerca das humanidades.

Os alunos desenvolvem questões acerca desta disciplina, chegando até mesmo a sugerir mudanças (aluno 5) e citam aspectos negativos da disciplina (Aluno 9).

"(...) bioética se deixasse ela com um pouco mais de carga horária seria algo útil. Ou orientar os professores que dão visita regularmente... eles fazem isso naturalmente... mas orientá-los de que dentro da discussão deles tem que entrar uma parte humanizatória, ou eles tem que questionar os alunos com relação a problemas (...)" (Aluno 5).

"(...) as aulas de bioética... essas aulas que tentam humanizar assim. Elas muitas vezes são padronizadas, né (...)" (Aluno 9).

Outras relações feitas com outras especialidades são marcadas como possivelmente mais humanas ou não, ou seja, algumas exercem a prática humanizada mais que outras ou então que exijam menos contato inter-relacional.

"Radiologia, patologia, ortopedia, essas são as mais concorridas, e são as que dão menos trabalho de relações interpessoais. Porque as pessoas cansam, e é extremamente claro que as pessoas cansam, elas falam, - estou cansado -, elas entram no internato querendo clínica, cirurgia, pediatria, terminam o internato querendo radiologia e dermatologia. Porque eles vêem que é difícil lidar com as pessoas, que as pessoas gritam com você, elas brigam com você, elas até te batem, te ameaçam... (ri), quebram o teu carro (...)" (Aluno 4).

O aluno 4 aponta as especialidades de radiologia, patologia, dermatologia e ortopedia como as que exigem menos relações interpessoais, além de relacionar a grande procura dessas especialidades com o fato de que as pessoas as escolhem justamente pelo pouco contato relacional.

"(...) tem sempre os extremos... e isso em qualquer disciplina, seja na clínica médica que tradicionalmente é mais humanitária com os pacientes, seja na cirurgia que tradicionalmente é um pouco menos humanitária." (Aluno 5).

O aluno acima (aluno 5) cita a clínica médica como uma especialidade mais próxima da humanização, diferente da cirurgia. Assim como o aluno 8, abaixo, que elege a cirurgia, ginecologia, ortopedia e obstetrícia como menos humanizadas, enquanto a pediatria encontra a humanização.

"a pediatria, tem os seus extremos, mas tem uma coisa de humanização maior. As não humanizadas: cirurgia, ortopedia... campeonato de ver quem atende mais rápido, quem atende falando menos palavras. Ginecologia e obstetrícia, menos humanizada. Tipo a mulher está lá, exposta e vamos lá cutucar... E as outras são intermediárias. (...) O que tende a ser mais clínico tende a ser mais humanizado, o que tende a ser mais cirúrgico tende a ser mais... são perfis completamente diferentes as pessoas que vão para um e para outro, né." (Aluno 8).

A relação entre as especialidades e o desenvolvimento das humanidades é claramente descrita pelos alunos como algo opcional, ou seja, algumas realizam a ponte entre as subjetividades e as humanidades com certa especialidade e outras não. Ao revisar o plano de ensino da disciplina de introdução à puericultura e pediatria (DOC 2) encontramos a seguinte descrição em seu programa:

> A consulta pediátrica: uma consulta diferente. Singularidades do atendimento pediátrico: a puericultura e o enfoque de risco. A relação médico-paciente em pediatria. A descoberta da criança como paciente: anamnese. As peculiaridades da semiologia pediátrica. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. As particularidades da alimentação da criança. A criança e os agravos. A prevenção de doenças infecto-contagiosas. Aprendendo a discutir casos. (DOC 2).

É descrito no programa o enfoque biomédico relacionado com ações ético-relacionais e comunicativas, enfatizando uma abordagem integral ao ser no que diz respeito ao cuidado. Comparativamente ao plano de ensino de uma disciplina considerada pelos alunos com uma ligação menos direta com as humanidades, confirma-se o que os alunos descrevem, por exemplo, no plano de ensino de dermatologia (DOC 3):

> O objetivo principal é capacitar o aluno, através de aulas teóricas e práticas, para o reconhecimento da semiologia dermatológica e dos principais recursos diagnósticos utilizados nas doenças cutâneas (...) e serão abordados os seguintes temas: lesões elementares, doenças eczematosas, doenças vésico-bolhosas, dermatoses eritêmato-descamativas, afecções ulcerosas, afecções verrucosas, afecções acneiformes, dermatoses pápulo-pruriginosas, discromias, tumores cutâneos, doenças sexualmente transmissíveis e hanseníase. As aulas práticas abordarão as doenças dermatólogicas mais freqüentes, com ênfase no aprendizado da semiologia dermatológica. (DOC 3)

Nota-se a importância de mencionar que a área dermatológica tem forte ligação com aspectos psicológicos e sociais. A pele é o maior órgão de comunicação do corpo se tornando transmissor de sensações físicas e emoções, estabelecendo uma ligação do meio interno ao meio externo (SILVA; MULLER, 2007). Além disso, é interessante ressaltar que inúmeras doenças dermatológicas tem relação direta com o stress físico e emocional. Os fatores emocionais podem ser determinantes no surgimento ou agravamento de uma doença dermatológica (SILVA; MULLER, 2007). Essa ligação tão estreita da dermatologia com aspectos comunicacionais, afetivos e sociais se contrapõe com os temas abordados no plano de ensino da disciplina.

A formação médica deve preparar o aluno não exclusivamente para atender às questões biotécnicas da engrenagem do corpo humano, mas contemplar de forma integral habilidades relacionais/comunicacionais (PESSOTI, 1996).

O desenvolvimento da humanização no ensino depende da inserção dos princípios e diretrizes propostos pela humanização na própria gestão educacional, além do desenvolvimento de espaços nos quais ocorra a

possibilidade de reflexão sobre a vida dos alunos no contexto acadêmico da medicina, proporcionando a escuta e o diálogo (RIOS, 2009a).

A centralização da humanização em algumas disciplinas é reflexo da não integração das humanidades, de forma transversal e contínua, na grade curricular (GARCIA; FERREIRA; FERRONATO , 2012).

Tentar ensinar humanização se torna quase impossível quando alguns professores atuam de forma totalmente contrária, por exemplo no relato do aluno 1, abaixo.

*"(...) uma vez no terceiro ano que... foi uma aula prática de dermato, foi na enfermaria. Tinha uns 15... 20 alunos, a professora entrou e simplesmente descobriu o paciente, ela chegou, não falou nada e descobriu... – olha, eu vou mostrar para vocês o que é. -, foi muito difícil para o paciente, isso me marcou muito durante a faculdade." (*Aluno 1).

Práticas que vão completamente ao desencontro da humanização.

"médicos que fazem campeonato de quem atende mais rápido ou vamos falar com menos palavras, é bastante desumanizado também." (Aluno 8).

Os alunos apontam esse fato de que os mestres não atuam com vontade ou familiaridade com a humanização.

"(...) nós estamos a mercê de uma quantidade de profissionais que não tem a menor a vontade, a menor formação assim nesse sentido, e a gente aprende muito observando as pessoas. Essa é uma lacuna que assim... quase que intransponível para o cenário atual do hospital, da faculdade. Então, por mais que as pessoas tentem oferecer uma humanização no ensino médico, quando você é solto no hospital isso não é regra, é exceção." (Aluno 2).

A relação do professor e do aluno, frente à humanização, aparece nos discursos de forma desacreditada.

"A atitude que a pessoa tem com o paciente é uma atitude... ela não vai ter uma atitude de respeito, de compromisso, de humanização diferente com o aluno. Aquele professor, aquele médico que tinha uma atitude desumanizada com o paciente, desrespeitosa, ele vai ter com o aluno também. E existem inúmeros exemplos, se eu começar a falar aqui... fico até amanhã..." (Aluno 2).

A relação que existe entre professor e paciente é levada para a relação professor e aluno, segundo o aluno 2.

Entretanto, há experiências positivas também que contemplam essa relação, como relata o aluno abaixo.

"A primeira experiência que eu lembro, é bem clara, foi no primeiro ano, foi um médico M. não sei o que... pediu para chamá-lo de M... que a gente era calouro e ele chamou numa salinha lá dentro do hospital e a gente foi conversar. Eu nunca tinha ido para o hospital, mas achei legal, - vamos lá, vamos conversar que agora vou aprender medicina -, e ele falou um monte de coisas que eu – ah, isso não tem nada a ver com medicina... ele está viajando -, e falou um monte de coisas – oh, às vezes vai acontecer assim, às vezes vão acontecer assado, você vai se frustrar, às vezes vai ficar muito feliz -, ele explicou um monte de coisas que na hora não entendi muito bem e nem memorizei. Então, para mim foi só uma reunião, que depois eu entendi como sendo parte de humanização... na época chamaram 'prática médica', se eu não me engano. E que tinha muita razão. Porque a parte mais legal para algumas pessoas, da medicina, é a lida com outra pessoa. Lidar com outra pessoa. Se a gente for ser bem exato é técnica e relações pessoais. E não tem muito mais do que isso." (Aluno 4).

Esta situação exemplifica o que a autora Rios explica que, as discussões acerca do tema gera surpresa, pois se deparam com algo complexo e importante, e não apenas a ideia de ser educado ou bom, mas sim a ideia de algo ligado diretamente com a medicina (RIOS, 2009a).

Ainda assim, é importante reforçar que muitos alunos e professores ainda não associam aspectos das humanidades da prática médica como algo efetivamente presente no aprendizado em medicina (RIOS et al, 2008).

"*Se eu falar para você que 80% não tem interesse em abordar isso em aula... e estou falando para você que eu tenho aulas durante 4...5 anos... quase um professor diferente por dia, 80% desses professores não tem interesse. Então, a maioria das vezes eu estou exposto a pessoas que não tem interesse nenhum em abordar isso em aula. Então, eu só tenho 20%... estou usando esse número ao acaso... entendeu, que tem interesse em abordar isso,*

mostrar isso em atitudes. Isso acontece aqui e acontece no hospital quando a gente acaba indo para lá." (Aluno 2).

Ilustrado pelo aluno 5 também.

"(...) na faculdade em aulas realmente a gente só aborda essas questões nesses cursos específicos de humanização, humanização da medicina. Mas na maioria do nosso curso, em 90% a gente não aborda e a gente acaba adquirindo isso principalmente ao longo do internato... acho que seu contato com paciente... e os conhecimentos anteriores de vida que você, você acaba tratando o paciente de determinada maneira." (Aluno 5).

O pouco contato e a ideia superficial falada acima de humanização relacionada com a ideia de bondade e educação no sentido de 'bons modos', traduz o preconceito e descaso com o tema que essas associações geram (RIOS, 2009a).

"(...) eu acho que é um assunto importante, muito importante, e muito pouco valorizado. Que os alunos já vão com um olhar de desprezo, que é uma matéria chata, de que é uma matéria vaga, que ninguém gosta... e que precisa ser mudado. Precisa ser feito de uma maneira que... que seja gostoso participar. Principalmente até o quarto ano, que é a parte mais teórica do curso... – ah, hoje tem aula de bioética... tem aula de... -, nem lembro mais o nome das matérias... – ah, hoje eu posso faltar, ah, hoje eu vou dormir na aula -, é demais para ser tratado desse jeito, mas é desse jeito que a gente vê, porque não dá vontade assim de ficar nessas aulas, assim... as mais teóricas. Precisa ser mudado, com certeza." (Aluno 9).

Não há abertura para que se desenvolva as habilidades e competências que dizem respeito à integralidade do cuidado, há o treinamento de aluno em noções biológicas e operacionalização de equipamentos na maioria dos cursos de medicina (ALVES et al, 2009).

"(...) as matérias voltadas só para humanização são poucas. E eu acho que elas são menos interessantes. Acho que quando é aplicada, quando a gente começa propedêutica, examinar paciente, lidar com gente, aí tem algumas questões... uns problemas, observações quaisquer, e aí a gente discute mais isso, é interessante." (Aluno 6).

Continuação o relato do aluno 6.

“Primeiro, que acho que para a gente, assim, no geral, o pessoal não é muito aberto e muito favorável a essas matérias mais humanas, assim... como outras que a gente tem, psicologia médica, umas matérias assim... de primeira ninguém fica muito feliz.(...) É que depende do grupo. Eu lembro que a minha matéria de psicologia médica, o meu grupo era super heterogêneo, tinha umas pessoas que não gostavam de discutir nada, ninguém gostava. E tinha outros grupos que o pessoal adorava... que as discussões fluíam bem. Então, eu acho que depende do interesse e depende do tutor, do professor. Meu professor também não estava muito bem com o pessoal. Mas acho que a gente vai amadurecendo ao longo dos anos.” (Aluno 6).

Também se encontra dificuldades na relação dos professores e suas metodologias no que se referem às temáticas humanísticas. A desmotivação de professores de disciplinas de humanidades frente ao desafio de articular a área de humanidades à formação médica é alimentada pela desvalorização deste trabalho. Em uma proposta de aproximação entre aluno e professor para desenvolvimento de questões éticas e humanas, encontrou-se além da falta de professores, a pouca habilidade destes em lidar com pequenos grupos, um recurso que auxilia no debate de ideias. Na FMUSP este projeto foi iniciado em 2004, investigando, identificando, capacitando e orientando professores e alunos para este encontro com as humanidades, obtendo um espaço que seja possível o desenvolvimento do aprendizado, caminho este que é percorrido e enfrentando muitos desafios (RIOS, 2010b).

O aluno 1 confirma esta ideia.

“*mas pequenos grupos com professores preparados eu acho que já facilitaria mais...”* (Aluno 1).

O aluno 4 também destaca o fato de que o desenvolvimento deste tema em grupos menores facilita sua compreensão.

“Eu não lembro de muitas coisas do primeiro ano, mas senta aí com poucas pessoas... a penetração do conhecimento é muito maior, porque você pára de enxergar tantas coisas, porque quem tem 18 anos e acabou de entrar no sonho da vida dele, é muita coisa, é muita coisa para prestar atenção. Se

fosse só o professor com poucos alunos, ele consegue passar melhor o conhecimento dele e você consegue também conhecer melhor o professor, respeitar ele como uma pessoa, entender que ele é legal, não só porque ele é professor, porque ele tem coisas legais para te mostrar, da vida dele, da medicina e coisas que vão ser aproveitadas por você, mesmo naquele momento de euforia, com muitas outras coisas." (Aluno 4).

Assim como, destaca a importância da reflexão nesta perspectiva da humanização.

"A principal maneira que mostraram para a gente é você discutir a situação, as situações, quaisquer, que envolvam pessoas. Porque faz todo mundo refletir um pouco mais, e de uma maneira ou outra, se a gente fizer uma discussão legal, você acaba conseguindo se colocar no lugar da pessoa, ou enxergar, pelo menos um pouco, da situação dela com outros olhos. E aí você já está um pouco mais consciente dos parâmetros que envolvem, que estão em jogo naquela situação." (Aluno 4).

A proposta da humanização não se resume em aliviar as tensões provocadas no cotidiano hospitalar (RIOS, 2009a).

Abaixo, o aluno 7 descreve uma metodologia dentro da disciplina de humanidades que para ele não foi efetiva no aprendizado da humanização, ela diz receber um protocolo de atendimento que atende aos aspectos necessários para uma consulta e acrescenta uma pergunta do contexto familiar, como algo a parte do atendimento para que se cumpra o que se espera da humanização no atendimento.

"(...) engraçado, que as disciplinas que se prestam a fazer isso fazem um trabalho horrível mesmo. Nossa, eu lembro das minhas 'bases humanísticas' do terceiro ano, eu queria a morte a ter que vir para cá. Mesmo. Tipo... porque o professor... era uma coisa tão receita de bolo, eu nunca usei aquilo na minha vida, eu teria vergonha de perguntar daquele jeito. Porque no fim das contas, se você queria agradar e ganhar a sua nota... eles faziam tipo encenações com a gente, nas quais a gente era o médico e aí o professor, um dos assistentes, dos auxiliares deles era o paciente. E aí o paciente vinha – ah, estou com uma dor aqui, uma dor ali... -, aí você perguntava um pouquinho

sobre dor e tinha que partir para perguntar – mas e em casa, como é que está? -, isso se fizer, se partir logo para uma pergunta pessoal... do paciente... pronto, você ganhava 10." (Aluno 7).

Novamente, volta-se a ideia de que a abordagem humanizadora não é integrante na prática médica, exemplificando o ensino de humanidades como algo amador, desprovido de rigor conceitual e metodológico.

"Mas eu acho que durante a graduação, os poucos exemplos que a gente teve, no terceiro ano, partes humanísticas, uma série de outras, por parte dos alunos são poucos valorizados esses temas, a gente acaba não dando o valor que deveria dar, até eu não culpo tanto a gente, porque a gente tem pouca prática com doente, então no final das contas você acha que aquilo é mais uma filosofia e que você não vai ter esse problema, e tem." (Aluno 5).

Estudo realizado em hospitais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo mostrou que no ingresso na residência, alguns médicos relacionaram a humanização com qualidade do atendimento e ao relacionamento médico e paciente. Ao fim da residência desassociam esta informação e afastam a ideia de humanização com a prática médica (RIOS, 2009a).

"(...) me lembro de um professor que falou assim... no terceiro ano, ele falou – é interessante como vocês entram na faculdade, muito mais humanos do que vocês saem. Tenho certeza que vocês entram muito mais humanos e isso me chateia, porque eu vejo que vocês são muito bons e alguém está atrapalhando vocês. E eu acho que esse alguém somos nós, porque a gente vem aqui, fala muita coisa e de alguma maneira a gente não está falando o que deveria falar. Isso me incomoda, e eu quero ajudar vocês, eu quero estar junto, e a gente não vai deixar isso acontecer (...)." (Aluno 4).

O que será que acontece no caminho da graduação que poderia desestimular a integração dos aspectos humanísticos? Os alunos apontam falhas na condução das disciplinas de humanidades.

"são matérias que você não tem uma cobrança para nada. Uma prova, que no máximo tem que escrever alguma coisinha do que você acha... de acordo com a disciplina, mas você não é cobrado em conceitos, você não é

cobrado nada ali. Então, em uma fase assim que a gente não está tão maduro para talvez entender... Que eu me lembro são essas as disciplinas.Todas as aulas de uma certa forma são muito parecidas entre si, nenhuma delas a gente leva muito à sério." (Aluno 8).

O que pode levar ao desinteresse do tema.

"E dentro da panela, que é um lugar que eu tenho contato hoje, não é um assunto que a gente converse, não é uma coisa que... deve ter panelas que conversem mais sobre isso, que tentem entender mais... mas depende muito do perfil da pessoa, na minha panela infelizmente não existe muito essa coisa de – ah, vamos discutir relação médico paciente -. Mas a gente já começa a... no internato a gente já começa a criticar mais certas condutas... – você viu que aquele médico nem olhou para a cara do paciente? -, a gente começa a ver essas coisas." (Aluno 8).

Há desinteresse tanto por parte dos professores quanto dos alunos, estes que afirmam seguir modelos de médicos (bom médico x mau médico), ou seja, há reprodução de comportamentos, princípios, conceitos e etc.

Pensar quem somos enquanto cuidadores ou enquanto pacientes, gera o espaço e a oportunidade de repensar a identidade, esta que é sempre construída na relação entre os sujeitos através do diálogo (AYRES, 2004).

4.4.1 Modelos de atitude – Identidade profissional

A identidade profissional acaba se formando baseada em modelos representados pelos mestres que acompanham estes alunos. As pessoas que se destacam enquanto àquelas detentoras de habilidades necessárias para um bom desempenho são vistas como modelos (GOLDIE, 2008).

"O professor da cirurgia lá no HU assim... o carinho que ele tem pelo que ele faz dá para perceber que ele gosta e... isso ele transmite, para todo mundo, para a equipe profissional, para os alunos, os residentes, e principalmente para os pacientes. Assim o jeito que ele trata os pacientes é um

jeito que é admirável assim. É exemplo, eu acho isso muito importante. Agora, na maior parte são... como se diz... são pessoas normais assim..., não fazem mal, mas também não são pessoas que você queria como exemplo." (Aluno 1).

Os alunos relatam a importância das ações de seus professores para a compreensão da humanização e para construção da identidade profissional.

"a gente aprende muito com exemplos" (Aluno 2).

O aluno 6 completa.

"Os professores variam muito, uma aula com cada... a gente fica no hospital passando os casos e as visitas cada vez com um professor. E aí... assim... eu gosto de perceber o jeito que cada um lida com os pacientes e a gente toma uma coisa boa de um, uma negativa de outro. E eles mesmos passam... assim... depende muito da personalidade de cada um. Tem gente que valoriza muito a parte humana e pensa muito nas necessidades do paciente, na relação... e aí acabam passando bastante para a gente. Mas tem professor que às vezes não se interessa em passar, mas mesmo assim a gente percebe, eu acho, a atitude e já aprende alguma coisa." (Aluno 6).

A postura ética e o pensamento reflexivo se desenvolvem a partir do olhar do estudante às condutas que presenciam em sala de aula, na prática no hospital e assim por diante, observando àqueles que foram destinados a lhes ensinar (RIOS et al, 2008).

O aluno 7 relata o ato de um professor que levanta questões éticas a serem refletidas sobre sua conduta.

"uma coisa que é... já é tradição da clínica médica, que dá até vergonha de falar são os assistentes sumirem, os assistentes que coordenam a clínica médica. O pronto socorro da clínica médica, eles vão embora às 23 horas. E aí quem fica sozinho são os R2, e o R1 e os dois internos. Tipo... eu sexto ano... a equipe inteira que manda no pronto socorro do Hospital das Clínicas é uma equipe liderada por dois R2. Porque o assistente vai embora para casa e ah... se você liga para ele, para perguntar alguma coisa, onde já se viu?, segura o paciente aí que às 7 horas da manhã estão de volta." (Aluno 7).

Aqui ressalta uma questão ética que gera a reflexão sobre o comportamento dos assistentes que transfere a responsabilidade da

coordenação de um espaço clínico para médicos em formação e ainda não se disponibilizam neste processo.

"Os exemplos que eles dão para a gente, de como eles tratavam... tratam o paciente, as próprias atitudes deles com os subordinados... você fala... 'o que eu vou esperar?'... não dá muito para reclamar, eles cresceram assim, foram moldados desse jeito. E até mudar a forma vai um tempo, bastante tempo." (Aluno 7).

A educação envolve não apenas a competência técnica, mas também competências como a ética, a política e a estética (CAREGNATO; MARTINI; MUTTI, 2009).

"Acho que quando a gente entra também é novo... tem uma visão bem idealizada da medicina, sabe. As pessoas não entram para ganhar dinheiro... acho que a maioria entra do jeito que eu entrei...você tem um ideal, realmente, em relação à medicina... só que eu não sei, com o decorrer do tempo acho que você acaba adquirindo uma visão bem mais pragmática assim... realmente menos humanizada." (Aluno 10).

4.4.2 Metodologias: propostas de intervenções educacionais para a humanização

A articulação das humanidades na formação médica é vista como um desafio, tendo sua importância reconhecida, porém resistida por alunos e professores (RIOS et al, 2008; RIOS, 2010b). "A integração curricular, atualmente, é apontada como importante estratégia de ensino médico" (RIOS et al, 2008, p.113).

"A reforma curricular tem muitos jeitos de ser feita... para deixar... para fazer sobrar mais tempo e para ter mais coisa... é para ser mais intenso, o primeiro, segundo, terceiro ano da faculdade a gente não faz nada. Dá para colocar mais dessas práticas que estou falando, por exemplo, que a gente aprende um pouco mais de clínica médica... eh... latus sensu... prática médica

de clínica... e de lidar com pessoas... a gente podia colocar isso do primeiro ano até o sexto, podia. Essas coisas tem que envolver debates entre quem tem mais experiência e quem tem menos experiência... tem que envolver porque infelizmente a gente não é maduro o suficiente para fazer isso sozinho. A gente consegue fazer, várias vezes a gente consegue resolver problemas grandes sozinhos, do tipo está quebrando o pau e ninguém consegue segurar, e vão lá dos internos, conversam um pouquinho, fica tudo bem, tudo lindo (...) Mas também entre nós, formar equipe desde o início da faculdade, forçar um pouco de trabalho em equipe desde o início, porque é um jeito muito fácil de aprender e geralmente gostoso." (Aluno 4).

O aluno acima afirma que é preciso mudanças no ensino médico e propõe o contato com a prática no começo da graduação. Percebe-se que é uma necessidade sentida pelos alunos a reforma curricular.

"(...) desde o segundo ano, que foi quando me enfiei no CAOC... tipo a gente vem brigando com a faculdade pela reforma curricular, que já vem de antes de eu entrar... e ainda está aí, e vai continuar..." (Aluna 7).

Neste contexto é válido refletir, e aqui se propõe uma oportunidade de pesquisa, questionar o que de fato se espera mudar nas diretrizes curriculares de medicina pelos alunos, uma vez que estas estabelecem como modelo de médico, o profissional que promove a saúde integral do ser humano, com pensamento crítico e com compromisso, como já foi descrito neste trabalho. (BRASIL, 2001).

O projeto pedagógico da Faculdade de Medicina da USP (DOC 4) define a formação médica como:

> (...) um médico com sólida formação geral, formação básica profunda, treinamento nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), elevada formação ética e humanista e apto a exercer sua profissão com responsabilidade social e competência técnica. (DOC 4).

Nesta categoria foram eleitas algumas considerações dos alunos sobre possíveis transformações no ensino.

"*(...) a faculdade está se esforçando para colocar no currículo médico... mas acho que falta a maturidade nossa e a experiência de saber colocar aquilo*

que a gente aprende na prática. Acho que isso que está faltando. Não é apresentar novas matérias, novas disciplinas sobre humanização, mas saber correlacionar com algo que você teve de experiência. Acho isso importante." (Aluno 5).

O aluno 5 ilustra a necessidade de diálogo entre a prática e a teoria, não a inserção de novas disciplinas, instigando a reflexão que provavelmente o que esteja faltando é de fato a efetivação do que existe e seu desenvolvimento e não novas disciplinas. Esta necessidade é confirmada pela teoria, pois é verificado que há uma abordagem excessiva do tema de forma teórica, porém pouco ligada à prática (RIOS et al, 2008).

Os alunos frente a suas experiências acabam por orientar mudanças necessárias no ensino em medicina.

"Tem se dado maior enfoque à produção de substrato teórico para orientar as mudanças curriculares e a relatos de experiências individuais sobre a percepção do corpo docente acerca da humanização na formação dos novos médicos" (ALVES et al, 2009, p. 556).

Os alunos acreditam que o interesse dos professores em discutir este tema é fundamental, por isso propõem mudanças nos próprios professores, dizendo que muitos professores assumem o cargo por status e não abraçam a causa pedagógica de fato.

"(...) só deveria estar aqui, ensinando as pessoas, quem gostaria, entendeu? Não precisa estar aqui ninguém que não queira. Tem muitas pessoas que trabalham aqui e não querem estar aqui de fato. Elas estão por status..., não sei o que... o benefício que ela teria, que ela está aqui, entendeu? (...) A partir do momento que você consegue identificar essas pessoas e conseguir conversar, que elas não precisariam estar aqui, ou elas não precisariam estar fazendo parte da formação de outros médicos, e separar isso das pessoas que tem interesse, você já vai conseguir ganhar muita coisa (...) você conseguir separar essas pessoas, e tirando essas pessoas da formação de novos médicos, você vai dar um salto muito grande, muito grande, entendeu?, muito maior eu acho até do que uma atitude de – vamos montar

mais uma disciplina de bases humanísticas, vamos tentar fazer uma reforma no currículo para tentar abordar." (Aluno 2).

Assim como o aluno 4.

"(...) tem muito titular que não sabe cumprimentar, que não sabe conversar. Só pesquisas e outras coisas que fazem ficar como titular." (Aluno 4).

A desmotivação de professores, possivelmente justificada pela desvalorização desta tarefa, é um fator que contribui para a desarticulação das humanidades na formação médica (RIOS, 2010a).

A dicotomia entre teoria e a prática, presente nos discursos dos alunos, leva a uma formação fragmentada não favorecendo a totalidade do ser no processo do adoecimento e da saúde. No processo ensino – aprendizagem é necessário propiciar oportunidades que levem ao sentido do que se ensina, além disso, para que o aluno desenvolva a competência da assistência integral é necessário que ele tenha contato com as práticas humanizadas desde o início de sua formação (ALVES et al, 2009).

"A minha opinião, a gente devia começar o internato antes, e a gente devia entrar no hospital, mesmo que seja só de café com leite... assim... desde o primeiro ano. No primeiro, segundo ano, nem sabia o que era o hospital, não tinha contato nenhum, nem com o HC, nem com o HU..." (Aluno 7).

Os alunos apontam essa necessidade de estar em contato com a prática desde o começo da graduação.

"Tentar diminuir um pouco essa parte de humanização antes, no terceiro ano... Acho que é muito legal introduzir esse tema de humanização nos anos iniciais, no primeiro ano, no segundo ano, que a gente está querendo exatamente discutir qual é o papel do médico, está tentando ainda entender qual é o papel do médico... por que eu quis ser médico, o que você obtém com isso tudo... (...) No meio, acho que é aquela fase que a gente está mais... despreocupado... que você está mais querendo aprender como avalia um fígado, então, nessa parte a gente se importa menos com humanização. Não que ela seja menos importante, mas você se importa menos e acaba

adquirindo menos. Aquilo que você dá menos importância, você adquire menos, então acho desnecessário" (Aluno 5).

Assim como levar para o começo da graduação uma abordagem mais forte das humanidades.

"acho que eu tentaria levar essas discussões mais para frente, assim, do curso médico. Tentar... não... você ter alguma coisa em primeiro, segundo ano... até pode ser. Mas alguma coisa mais para frente, que você começa a ter uma visão completamente diferente já. No primeiro você está discutindo uma coisa que na verdade você nem sabe como que é, está imaginando como possa ser, e tentando refletir sobre aquilo." (Aluno 3).

O aluno 3 entretanto, reflete sobre a possibilidade de trabalhar as humanidades durante o curso de forma contínua ao longo da graduação, com um enfoque mais para o final do curso.

Visto os depoimentos dos alunos e as colocações teóricas acerca do ensino em medicina, concluísse que o caminho das humanidades em relação à formação médica não foi e não é algo simples ou de fácil transição.

Os temas humanísticos ainda não são integrados de forma articulada ao corpo da formação médica na FMUSP, porém se percebe um movimento de promover a integração curricular no que diz respeitos a temas humanísticos para compor a ensino do cuidado em saúde de forma que os alunos apreendam, compreendam e resignifiquem esta ação, envolvendo não só alunos, mas também professores, buscando uma mudança na cultura institucional da formação em Medicina.

O enfoque e desenvolvimento da humanização nos cenários práticos favorecem o alcance deste conteúdo através do modelo técnico-assistencial e pedagógico (GARCIA et al, 2012).

5. CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ESTUDO

Todo o caminho deste trabalho foi pautado na reflexão sobre o que é humanização, para os alunos de medicina que foram entrevistados, e também como ela é apresentada nos cenários de ensino e aprendizagem, nos quais estiveram inseridos durante o curso médico de graduação.

A referência de humanização que tanto foi descrita no corpo deste trabalho é compreendida, de forma articulada com a literatura, como transformação nos modelos de atenção à saúde e com um amplo alcance, por exemplo, podendo ser desenvolvida como política pública, metodologia, tecnologia e, sempre apoiada na valorização dos sujeitos, buscando a qualidade da atenção em saúde através da autonomia, responsabilidade, gestão participativa e atitude solidária (RIOS, 2009a).

Compreender o significado de humanização para os alunos foi, neste estudo, diretamente ligado à percepção de suas experiências práticas, vivenciadas (no campo da saúde) até o momento da realização das entrevistas. A dificuldade de explicitar o que é humanização pode apontar que este tema, ideia, prática ou até mesmo ferramenta pode ser identificado e demandado mais claramente de forma prática. Os alunos expressam essa dificuldade, dizendo o quanto é difícil pontuar um único significado da palavra ou até mesmo o que ela representa dentro do campo da saúde. Entretanto, tratando-se de um conceito polissêmico, o olhar multifacetado da humanização, descrito pelos alunos, acaba refletindo e, de certa forma, correspondendo ao que se observa no campo da saúde.

Dentre esses diferentes olhares sobre o conceito de humanização, deve-se ressaltar a importância da não fragmentação das características que a compõem, porque pode conduzir a um conceito isolado da humanização. Por exemplo, o ambiente humanizado faz parte de um atendimento humanizado, por vezes essa ideia pode ser interpretada de forma superficial, como a

necessidade de um ambiente com quadros nas paredes e objetos decorativos. No entanto, a ideia de um ambiente humanizado visa à amenização de um ambiente de alta complexidade e tecnologia de procedimentos médicos, uma tarefa difícil que não se limita em um ambiente com paredes coloridas e bem decorado (LOPES e MEDEIROS, 2004).

Observamos que a noção de humanização para os alunos entrevistados não se limita a ideias superficiais sobre o tema, viu-se que, através dos exemplos relatados, a presença ou ausência da humanização é associada às relações éticas, a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de saúde/adoecimento, à autonomia, aos vínculos solidários e a uma gestão participativa nos serviços. Acreditamos que imprecisão em realizar afirmativas sobre a humanização pode ser reflexo da insegurança que surge pelo pouco contato com o tema de forma mais sistematizada no ensino/aprendizado durante a graduação.

É fundamental que existam conexões entre a ideia conceitual de humanização com as demandas reais e visíveis que são vivenciadas na prática em saúde. Essa ligação conceitual/prática agrega sentido ao trabalho em saúde (BINZ, FILHO e SAUPE, 2010).

Esse é um aspecto que se destaca nos discursos dos alunos, a ligação entre a conceituação de humanização (sua definição teórica) e as experiências que resgataram em suas memórias acerca do tema em questão. Apesar da insegurança inicial em suas afirmações sobre o tema, são categóricos em seus relatos quando identificam aspectos fundamentais da humanização em suas experiências.

Outro aspecto relevante é a concepção de humanização como característica pessoal, quase como um “jeito de ser”, e inerente à educação familiar, distanciando-se da necessidade do desenvolvimento deste tema na formação acadêmica.

A ideia de humanização, enquanto característica pessoal sobre a ideia de um constructo teórico, um conjunto de aspectos que qualifica o atendimento em saúde, talvez aconteça porque a proposta da humanização ao resgatar valores coletivos que primam pela dignidade humana, leva o profissional da

saúde a encarar os seus valores pessoais e como estes são articulados em sua prática.

O aluno de medicina ao entrar na graduação está repleto de representações subjetivas que construiu em relação ao mundo, conceitos e valores que lhes foram ensinados e que serão postos de frente com o aprendizado e com as experiências clínicas que irão viver. A harmonia entre os valores do aluno e o conjunto de princípios vivenciados na escola está relacionada ao melhor desempenho da sua atuação médica (PESSOTI, 1996).

Claramente se deve levar em consideração os aspectos subjetivos relacionados à humanização, que agrega princípios e valores que são considerados nas escolhas éticas, a tornando fundamental à atenção em saúde. Humanizar em saúde é repensar nossas ações e verificar se o melhor para a qualidade daquela ação está presente, é dar sentido ao trabalho realizado e respeitar o valor que esta abordagem pode agregar ao atendimento em saúde. Dada a importância dessa abordagem nas práticas em saúde, pensa-se na atenção que é destinada para as humanidades na formação acadêmica.

A humanização é um tema que se espera estar presente no cotidiano dos alunos, tanto nas aulas, como na prática médica, sendo até mesmo descrito nas diretrizes do curso de medicina e pelo plano pedagógico. Contudo, o que fica questionável é a efetividade da integração desse tema ao currículo e a importância de falar sobre este assunto que, parece estar subjulgada a partir das observações do nosso estudo. Pensamos que talvez, a humanização seja entendida de forma implícita na graduação, como algo que já fosse esperado que uma pessoa soubesse, porém a necessidade de refletir sobre esse tema é apontada pelos alunos. Isso reflete a problematização da própria proposta da humanização, na qual foram levantados questionamentos durante sua consolidação sobre como humanizar o que já é humano, no entanto, a humanização se relaciona com a ideia de resgatar valores humanos enquanto básicos em sua proposta e se fundamenta na valorização do ser humano, enfatizando aquilo que parecia ser óbvio e natural, porém ausente e demandada nas práticas em saúde.

Nessa linha de pensamento, enfatizar os valores que a humanização incita conduz a aproximação das relações humanas.

> O humanismo é inato à profissão médica, e revalorizá-lo será essencial para reaproximar estes profissionais de todos os seres que buscam auxílio, pois sem humanismo os médicos serão meros “mecânicos de pessoas” (BINZ; FILHO; SAUPE, p.40).

A relação médico e paciente também é destacada no discurso dos alunos como elemento básico no exercício da humanização. É nesta relação que mais se percebe a ausência ou a presença da humanização. A relação médico paciente parece ser tematizada de forma insuficiente para os alunos, além de destacarem sua importância, questionam em como abordar este tema.

Correspondendo a essa demanda, a literatura apresenta que há a necessidade de mudanças significativas na condução do tema relação médico e paciente desde o início da graduação, para que a possibilidade do cuidado integral, não seja sucateada pela abordagem puramente biomédica, integrando as diferentes dimensões do processo de saúde/adoecimento (BINZ; FILHO; SAUPE, 2010).

A relação médico e paciente é tópico fundamental na formação médica. A humanização trata por tornar ativa a postura do paciente tanto quanto a do médico, deixando que as demandas do paciente sejam guias de intervenções no encontro clínico. O médico e o paciente podem dispor de meios para expressar e compreender um ao outro, através da aproximação e da comunicação (CAPRARA; FRANCO, 1999).

Tanto a ideia de humanização, quanto a ideia de relação médico e paciente, para os alunos, é intrinsecamente relacionada ao termo empatia, muito utilizada pelos alunos em suas definições objetivas de humanização, ou seja, há uma maior associação interpretativa pelos alunos entre esses três conceitos. Essa associação corrobora com o fato da empatia ser frequentemente designada como um atributo da humanização, dentre outros recursos, e é considerada assim tanto por profissionais da saúde, como por

usuários dos serviços (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009; GARCIA et al, 2012).

Outro fator que contribui para o desenvolvimento da relação médico e paciente é o desenvolvimento das habilidades comunicacionais, além de beneficiar as demais relações interpessoais que compõem o trabalho em saúde (BINZ; FILHO; SAUPE, 2010).

Neste estudo fica claro que, para os alunos, a qualidade no atendimento em saúde depende da boa comunicação e compreensão do que se é compartilhado em saúde. A possibilidade de transformações de posturas no atendimento clínico é viável através do desenvolvimento da comunicação bidirecional, que supera a ideia do relacionamento paternalista e/ou informativo entre médico e paciente, conduzindo a uma aproximação que proporcione um relacionamento empático e participativo (CAPRARA; FRANCO, 1999).

O cuidar em saúde tem a escuta e a comunicação como fortes aliados, portanto para que a humanização seja evidente nos diferentes cenários que ela possa atuar, torna-se necessário o desenvolvimento de um conjunto de aspectos que viabilizem a humanização, dentre eles a escuta ativa e qualificada, a empatia e outras habilidades comunicacionais (SOUZA et al, 2008; BINZ; FILHO; SAUPE, 2010).

Essas impressões acerca da humanização, destacadas pelos alunos, aparecem com mais frequência quando discorrem sobre a organização do trabalho, levantando questões como a sobrecarga de trabalho, descaso com pacientes, falta de supervisão na formação, falta de comunicação e outros. Percebemos a partir de suas falas que esta área apresenta uma forma de gestão que não preconiza a humanização como diretriz. As transformações nos modelos de gestão são almejadas pela humanização, conduzindo à gestão participativa (HUMANIZASUS, 2010).

Humanizar a gestão no SUS é um caminho para a qualidade do atendimento. Transformações nos modelos de gestão em saúde concernem às novas formas de pensar em saúde e também novas práticas, sendo que, os sujeitos envolvidos nesse processo (usuários, trabalhadores e gestores) sejam valorizados e assumam seus papéis ativos na saúde, promovendo práticas

humanizadas (BENEVIDES; PASSOS, 2005b; HENNINGTON, 2008). O desenvolvimento da política de humanização é possível através do diálogo entre a atenção, gestão e a transversalidade, para isso é fundamental valorizar a importância de todos os sujeitos envolvidos no processo que estão implicados (usuários, gestores e trabalhadores), aumentando a comunicação e a viabilizando espaços de trocas de saberes (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Diante do fato que a reflexão sobre a humanização na formação em medicina que os alunos apresentaram em seus relatos, foi expandida até a área de gestão dos serviços de forma direta, nos perguntamos qual o melhor cenário para que a humanização seja desenvolvida no ensino. Os cenários de ensino aprendizado em medicina vão além das salas de aula, isso nos faz refletir se o maior alcance da humanização, em relação aos alunos, acontece na faculdade, através da política pública e dos programas do SUS, na clínica ou no hospital. É importante pensar onde a humanização é mais perceptível para esses alunos, pois é neste cenário que a mudança cultural/institucional pode ter mais força. A impressão que os alunos deixaram foi que o cotidiano no hospital e as aulas práticas são os espaços que mais são favoráveis para o aprendizado da humanização.

Binz, Filho e Saupe (2010), apontam que os cenários de campo devem ser valorizados como um dos meios mais eficazes de abordagem do tema humanização para a formação médica.

Ao mesmo tempo em que, os alunos entrevistados destacam a importância do tema e que sentem falta de uma melhor abordagem durante a graduação, também afirmam que, em sua maioria, os alunos não são muito interessados neste tema, complementando que talvez isso se deva à forma de como o tema é abordado, por vezes repetitivo, não articulado, de forma fragmentada ou pouco aprofundado. Esses fatores foram identificados pela autora Rios, já descritos neste trabalho, justificando o desinteresse dos alunos em relação às humanidades.

Diante desta situação, também foi identificado nos relatos que há mudanças na caminhada metodológica na graduação para a integração efetiva das humanidades no corpo da medicina, buscando contemplar além das

exigências biomédicas, mas também os aspectos relacionais e comunicacionais.

É importante ressaltar que a coleta dos dados analisados desta pesquisa aconteceu no 1° semestre de 2010, portanto é fundamental que as significativas mudanças institucionais que ocorreram no âmbito da humanização dentro do sistema FMUSPHC durante o processo deste trabalho, que se encontra finalizado em 2014, sejam destacadas aqui. Para isso, as informações descritas a seguir foram retiradas da página virtual da Rede Humaniza FMUSPHC.

A FMUSPHC desenvolve projetos voltados para humanização desde 2003 e em 2010 é inaugurada a RedeHumaniza FMUSPHC, pautada nos princípios e objetivos da Política Nacional de Humanização (PNH).

A partir dos projetos descritos na Rede Humaniza FMUSPHC, percebe-se que há uma gama de ações humanizadoras permanentes e dinâmicas que disseminam os princípios da humanização. Apesar de ser evidente essa inserção de projetos no complexo hospitalar e a atualização das disciplinas de humanidades[4], a grade curricular total, ainda permanece inerte no que diz respeito à integração e transversalidade da humanização no currículo médico, ou seja, os temas humanísticos ainda são concentrados em suas áreas específicas e pouco articulados na grade curricular. De acordo com os alunos, essas transformações e avanços nos currículos médicos enfrentam, por parte dos docentes e da cultura institucional, a dificuldade da integração curricular.

O rápido desenvolvimento da abordagem humanizadora, nestes quatro anos que se passaram desde os relatos coletados, nos cenários de ensino que os alunos estiveram inseridos, abre portas para investigação de como a humanização é compreendida pelos discentes atualmente.

Em suma, percebe-se que o desafio enfrentado pela humanização na graduação, identificado nas entrevistas, está na forma de condução das

---

[4] Medicina e Humanidades: Inserida em 2010, esta disciplina desenvolve a formação humanística e capacita o trabalho direcionado ao cuidado em saúde. Com característica interdisciplinar, aborda o cuidado em saúde através dos aspectos filosóficos, históricos, sócio-antropológicos, comunicacionais e psicodinâmicos.

humanidades durante a formação médica, apontando a necessidade de integração do tema ao escopo da medicina. Também está presente no desinteresse por parte dos docentes e discentes, que acabam, por vezes, considerando o tema superficial e prescindível, no reflexo da humanização na prática de seus professores e tutores, que são inspirações para a construção da identidade profissional e principalmente no distanciamento presente na relação médico e paciente.

Por fim, os diferentes discursos dos alunos mostraram que, para eles, a humanização é presente primordialmente na relação médico e paciente, de forma a cultivar o acolhimento e a empatia como fundamentais em sua prática, portanto a convivência dos entrevistados com a humanização parece ser mais frequente nos cenários que os colocam frente a frente com os pacientes.

É importante ressaltar que, tanto intuitivamente quanto conscientemente em alguns momentos, os alunos reconhecem a ideia de cuidado atrelada ao conceito de humanização, principalmente quando expressam a importância de repensar e reconfigurar as relações estabelecidas no processo de saúde e adoecimento, dando destaque ao diálogo e ao acolhimento. Característica que foi confirmada pela nossa literatura, como fundamental para o exercício da humanização.

Apesar da insegurança inicial de afirmarem algo sobre o tema, mostraram segurança nas experiências relatadas, estas que foram fontes de elementos que configuram o que é humanização, compondo de forma diversificada a compreensão sobre o tema.

O caminho para a integração curricular é desafiador. Este trabalho tem a intenção de contribuir neste desafio, compreendendo a humanização dentro da graduação em medicina, através da perspectiva destes alunos entrevistados.

ANEXO A

Documento 1 (DOC 1) – Plano de ensino da disciplina Bioética, consultado no Sistema USP no ano de 2010.

Faculdade de Medicina

Medìcina Legal, Ética Médica e Medicina Social e Trabalho

Disciplina: MLS0413 - Bioética

Créditos Aula:	2
Créditos Trabalho:	0
Carga Horária Total:	30 h
Tipo:	Semestral
Ativação:	01/01/2009

Objetivos

- A disciplina de Bioética, assim denominada a partir de 1998, anteriormente conhecida por Deontologia Médica e posteriormente por Ética Médica, mostra nítida evolução, pois essas denominações corresponderam a um desenvolvimento ideológico a respeito dessa disciplina não apenas uma mudança semântica; passou-se de uma compreensão moralista da ética médica para uma visão mais abrangente, autônoma, da atividade profissional atingindo-se uma visão da "ética" como reflexão sobre a vida. A Bioética tornou-se o espaço de reflexão e diálogo do conhecimento científico examinado "à luz dos valores e dos principios morais". Em ética não existe o certo e o errado absoluto, mas será a articulação da moral social com os valores pessoais que dera o limite para a atuação ética. A disciplina propõe uma reflexão sobre os conflitos gerados a partir do desenvolvimento científico e a dificil aplicação ao ser humano.

- O objetivo desta disciplina é poder transmitir os conceitos propostos pela bioética aos alunos do 4º ano. Entendemos que a bioética somente pode ser apreendido através do diálogo com os alunos.

Docente(s) Responsável(eis)

83848 - Claudio Cohen

5051128 - Reinaldo Ayer de Oliveira

Programa

- Introdução no Curso de Bioética

- Bioética e Direitos Humanos
- Bioética na Relação Médico Paciente
- Bioética e Violência Social
- Sigilo Profissional
- Responsabilidade e Exercício Profissional
- Princípios da Bioética
- Atestados e Boletins Médicos- Bioética e Genética
- Experimentação em Seres Humanos
- Prova – Escrita
- APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Avaliação

Método:

Aulas expositiva, seminários, apresentação de trabalho, prova escrita.

Critério:

Possibilidade do desenvolvimento do pensamento ético do aluno. Apresentação de um trabalho científico em grupo que seja ético.

Norma de Recuperação:

Prova

Bibliografia

BEUACHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford University Press, 1994.

REVISTA DE BIOÉTICA DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. BRASILIA, CFM, 1988. Iniciação a Bioética Brasília, CFM, 1998.

COHEN, C. O Incesto um desejo. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1993.

COHEN, C. Bioética e sexualidade nas relações profissionais. São Paulo, APM, 1999.

COHEN, C.; FERRAZ, F.C.; SEGRE, M. (orgs.). Saúde Mental, Crime e Justiça. 2. ed. Revista e atualizada. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo. 2006.

ENCYCLOPEDIA OF BIOETHICS. New York, Free Press.

ENGELHARDT JR., H.T. The foundations of Bioethics. New York, Oxford University Press, 1996.

FORTES, P.A. de C. Ã?tica e SaÃºde. SÃ£o Paulo, EPU, 1998.

FORTES, P.A., ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e Saúde Pública. Centro Universitário São Camilo. Editora Loyola. São Paulo. 2003.

JONAS, H. Técnica, Medicina y Ética. Barcelona, Paidós, 1996.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. Fundamentos da Bioética. São Paulo, Paulus, 1996.

SEGRE, M.; COHEN, C. Bioética. SÃ£o Paulo, EDUSP, 2002.

SINGER, P. Vida Ética. Trad. Alice Xavier. Rio de Janeiro, Ediouro, 2002.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W.S. Experimentação com seres humanos. 3ª ed., São Paulo, Moderna, 1987.

HABERMAS, J. Conhecimento e interesses. Rio de Janeiro. Editora Guanabara. 1987.

AZEVEDO, E.E.S. O direito de vir a ser após o nascimento. Porto Alegre. Editora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande

do Sul. 2000.

GARRAFA, V. PESSINI, L. Bioética: Poder e Justiça. Centro Universitário São Camilo. Editora Loyola. 2003.

CADERNOS DE ÉTICA EM PESQUISA. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. CNS/MS.

BERLINGUER, G. Ética da Saúde. São Paulo. Editora HUCITEC. 1996.

ANEXO B

Documento 2 (DOC 2) - Plano de ensino da disciplina de introdução à puericultura e pediatria, consultado no sistema USP em 2010.

Faculdade de Medicina

Pediatria

Disciplina: MPE0669 - Introdução a Puericultura e a Pediatria

Créditos Aula:	1
Créditos Trabalho:	3
Carga Horária Total:	105 h
Tipo:	Semestral
Ativação:	01/01/2008

Objetivos

Habilitar o aluno a reconhecer as peculiaridades da semiologia Pediátrica, nas diferentes idades evolutivas, capacitando-o à realização das técnicas semiólogicas básicas e para um atendimento inicial de puericultura.

Docente Responsável:

83282– Claudio Leone

Programa Resumido:

Semiologia pediátrica: peculiaridades e técnicas. Relação médico-paciente em pediatria. Puericultura e enfoque de risco.

Programa:

A consulta pediátrica: uma consulta diferente. Singularidades do atendimento pediátrico: a puericultura e o enfoque de risco. A relação médico-paciente em

pediatria. A descoberta da criança como paciente: anamnese. As peculiaridades da semiologia pediátrica. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. As particularidades da alimentação da criança. A criança e os agravos. A prevenção de doenças infecto-contagiosas. Aprendendo a discutir casos.

Avaliação

Método:

Avaliação continuada do desempenho no atendimento dos pacientes

Critério:

Conceito e freqüência ao estágio

Norma de Recuperação:

Prova

Bibliografia

1) MARCONDES, E.; COSTA VAZ, F.A.; RAMOS, J.L.A.; OKAY, Y. - Pediatria Básica, 9ª ed., São Paulo, Sarvier, 2002.
2) SUCUPIRA , A.C.S.L.; BOURROUL, M.L..; KOBINGER, M.E.B.ª; SAITO, M.I.; ZUCCOLOTTO, S.M.C.- Pediatria em Consultório, 5a ed., São Paulo, Sarvier, 2010.

ANEXO C

Documento 3 (DOC 3) - Plano de ensino da disciplina de Dermatologia, consultado no sistema USP em 2010.

Faculdade de Medicina
Dermatologia
Disciplina: MDT1530 – Dermatologia

Créditos Aula:	4
Créditos Trabalho:	0
Carga Horária Total:	60 h
Tipo:	Semestral
Ativação:	01/01/2009

Objetivos
O objetivo principal é capacitar o aluno, através de aulas teóricas e práticas, para o receonhecimentp da semiologia dermatológica e dos principais recursos diagnósticos utilizados nas doenças cutâneas.

Docente(s) Responsável(eis)

54310 - Celina Wakisaka Maruta

341449 - Cyro Festa Neto

Programa Resumido
Os alunos serão informados na primeira aula sobre os objetivos do curso, métodos de avaliação e normas a serem observadas na disciplina. O programa de aulas constará de aulas teóricas, com utilização de recursos áudio-visuais e aulas práticas. O programa, a bibliografia a ser consultada, as orientações principais, o horário e docentes responsáveis serão fornecidos por escrito no

primeiro dia de aula. As aulas teóricas terão, em média, uma hora de duração e serão abordados os seguintes temas: lesões elementares, doenças eczematosas, doenças vésico-bolhosas, dermatoses eritêmato-descamativas, afecções ulcerosas, afecções verrucosas, afecções acneiformes, dermatoses pápulo-pruriginosas, discromias, tumores cutâneos, doenças sexualmente transmissíveis e hanseníase. As aulas práticas abordarão as doenças dermatólogicas mais freqüentes, com ênfase no aprendizado da semiologia dermatológica.

Programa:

As aulas teóricas terão, em média, uma hora de duração e serão abordados os principais aspectos da Propedêutica Dermatológica com ênfase nos seguintes temas: lesões elementares, doenças eczematosas, doenças vésico-bolhosas, dermatoses eritêmato-descamativas, afecções ulcerosas, afecções verrucosas, afecções acneiformes, dermatoses pápulo-pruriginosas, discromias, tumores cutâneos, doenças sexualmente transmissíveis e hanseníase. As aulas práticas abordarão as doenças dermatólogicas mais comuns, com ênfase no aprendizado da semiologia dermatológica.

Avaliação

Método:

Serão realizadas duas avaliações escritas, na metade e no final do curso, constando de dez questões dissertativas dos temas abordados nas aulas teóricas. As questões são formuladas pelos docentes responsáveis pelas aulas teóricas.

Critério:

Os critérios de avaliação serão as avaliações escritas.

Norma de Recuperação:

Obedecem as normas de recuperação da Faculdade de Medicina da USP, sendo realizado um curso de recuperação prático, com duração de 20 horas, seguido de avaliação escrita com dez questões dissertativas sobre os temas abordados nas aulas teóricas.

Bibliografia

1. DERMATOLOGIA: Sampaio, S.A.P., Rivitti, E.A.Livraria Editora Artes Médicas - 3ª edição, 2008.
2. MANUAL DE DERMATOLOGIA: Cucé, L.C., Festa Neto, C.Livraria Atheneu Editora, 2º edição,SP, 2001.
3. TRATADO DE MICOLOGIA MÉDICA: Lacaz, CS.; Porto, E.; Martins, JEC; Heins-Vaccari, E.M.; Melo, N.T. Savier, 9ª edição, 2002.
4. COMPÊNDIO DE DERMATOLOGIA: Bechelli, L.M., Curban, G.V. Atheneu Editora, 6ª edição, SP, 1988.
5. DERMATOLOGY IN GENERAL MEDICINE: Fitzpatrick, T.B. et al - McGraw-Hill Inc., 7º edição, 2008.
6. TEXTBOOK OF DERMATOLOGY: Rook/Wilkinson/Ebling. Blackwell Scientific Publications, 7ª edição, 2004.
7. DERMATOLOGY: Bolognia J.L., Jorizzo J.L., Rapini R.P. Mosby-Elsevier, 2ª edição, 2008.
8. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS: W. Belda Junior.Atheneu Editora, 2ª edição, 2009.

ANEXO D

Documento 4 (DOC 4) - Projeto Pedagógico do curso de Medicina da FMUSP, consultado em 2010.

Considerações Gerais

Este Projeto Pedagógico se refere ao curso de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), com as reformulações curriculares que foram implantadas a partir de 1998. Os primeiros alunos do novo currículo ingressaram na FMUSP em 1998, e, portanto, em 2001 os alunos dos quatro primeiros anos já estão no novo currículo. Durante o ano de 2001 foram concluídas as reformulações do internato. São 175 vagas por ano, e os alunos são divididos em duas turmas. Além dos 175 alunos que ingressam pelo vestibular, há dois alunos por ano de convênios com outros países.

Definição do Médico a ser formado

O médico que a FMUSP se propõe a formar é um médico com sólida formação geral, formação básica profunda, treinamento nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), elevada formação ética e humanista e apto a exercer sua profissão com responsabilidade social e competência técnica. Um médico que, também, reconheça a necessidade e tenha a capacidade de atualização permanente. Um médico que, ao final do curso de medicina, seja capaz de dar atendimento aos principais problemas na atenção primária à saúde e, também, prestar, com qualidade, atendimento inicial às emergências médicas.

A FMUSP tem uma grande tradição em pesquisa científica e em formação de especialistas das diversas áreas de atuação do médico. Entretanto, para formar um especialista de elevada competência é necessário que ele tenha uma sólida formação geral.

O curso de graduação em medicina será responsável pela formação geral para

que, na residência médica ou outras modalidades de especialização, o especialista possa ser formado. A formação geral é necessária, portanto, tanto para o médico que vá exercer sua profissão em áreas gerais de atenção à saúde, como para os que trabalharão em áreas mais especializadas da prática médica.

O projeto pedagógico da FMUSP pretende reconhecer as características específicas da Universidade de São Paulo e, ao mesmo tempo, formar médicos de acordo com as diretrizes curriculares do Ministério da Educação e Cultura:

"Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano".

Por ocasião da reforma curricular de 1998, a Congregação da Faculdade de Medicina aprovou os seguintes propósitos do curso de medicina:

Propósito Geral - Promover a formação geral do médico.

Propósitos Específicos - Ao final do curso o aluno será capaz de:

1. Prestar assistência ambulatorial à criança e ao adolescente sadios, promovendo a manutenção e proteção contínuas de sua saúde.

2. Prestar assistência a mulheres durante o ciclo grávido-puerperal e a recém-nascidos.

3. Prestar assistência a crianças, adolescentes e adultos, em ambulatórios ou enfermarias, portadores das doenças mais freqüentes de acordo com a demanda verificada em:

- Centro de Saúde
- Ambulatório Geral
- Enfermaria Geral
- Unidade de Emergência

4. Reconhecer os pacientes em estado crítico, mobilizando imediatamente recursos para o seu atendimento.

5. Encaminhar para recursos assistenciais especializados, pacientes portadores de condições cujo manejo escape à competência do médico geral.
6. Exercer atividades médicas com todo o rigor dos princípios da ética médica.
7. Desenvolver atividades de educação continuada em função do mérito científico.
8. Transmitir sua arte médica às gerações futuras.

Objetivos Terminais - foram estabelecidos sete objetivos terminais:

1. Ao final do curso, o aluno perceberá o paciente como um ser humano biopsicossocial indivisível, delimitando claramente o seu grau de competência e levando em conta as características psicossociais do seu paciente, através de uma relação médico/paciente positiva.
2. Ao final do curso o aluno terá um comportamento vinculado aos princípios da ética médica.
3. Ao final do curso o aluno perceberá a saúde como um estado de bem estar físico, psíquico e social, ambiente-dependente, nas várias situações epidemiológicas do estado e do país, e atuará com destreza na sua promoção, na prevenção de agravos e na reabilitação dos incapacitados.
4. Ao final do curso o aluno descreverá os sistemas de saúde vigentes no país, avaliando com senso crítico como os sistemas atuam na solução de problemas de saúde da população brasileira, aceitando o seu próprio papel e desempenhando-o com qualidade.
5. Ao final do curso, o aluno saberá diagnosticar e tratar as doenças de maior prevalência o que inclui:

- fazer anamnese
- executar exame físico
- avaliar as condições emocionais e situacionais do paciente
- propor diagnóstico(s) construindo-o(s) através de um raciocínio fisiopatológico
- solicitar exames subsidiários levando em conta: a) interpretação fisiopatológica de sinais e sintomas; b) a relação custo-benefício.
- prescrever tratamento(s)
- realizar procedimentos cirúrgicos de pequena complexidade

- colher material para exames laboratoriais
- executar procedimentos necessários para manter as funções vitais em casos de urgência.

6. Ao final do curso, o aluno estará apto e habituado a adquirir regularmente informações que possam garantir a sua educação continuada.
7. Ao final do curso, o aluno será capaz de realizar observações controladas, planejar protocolos, discutir e apresentar resultados e analisar criticamente artigos científicos.

Características da Mudança Curricular

A mudança curricular foi aprovada em 16 de maio de 1997 pela Congregação da FMUSP e, posteriormente, pelo Conselho de Graduação da Universidade de São Paulo.

Um dos objetivos centrais do novo currículo foi oferecer uma formação geral a todos os alunos de medicina (o segmento nuclear do currículo), que é o conjunto dos conhecimentos, habilidades e atitudes necessários à formação geral do médico e, ao mesmo tempo, oferecer a oportunidade de haver mais autonomia e iniciativa por parte dos alunos no sentido de complementar a sua formação (o segmento complementar do currículo).

O segmento nuclear do currículo corresponde a 70 a 80% da carga horária do primeiro ao oitavo semestres do curso e é igual para todos os alunos. O segmento complementar corresponde a até 30% da carga horária, do primeiro ao oitavo semestres, e constitui-se de atividades diversificadas, de iniciação científica, estágios de formação profissional, disciplinas optativas, atividades de formação para o ensino/aprendizado (monitorias) e atividades de extensão de serviços à comunidade. Além disso, o aluno é incentivado a cursar disciplinas em outras unidades da USP, com o objetivo de vivenciar, de uma forma mais ampla, a vida em uma universidade. Nos dois últimos anos (internato), não há atividades optativas.

Por outro lado, a definição dos conteúdos curriculares leva em conta um critério fundamental que é o correspondente às necessidades de saúde das pessoas e

das comunidades de nosso país.

A filosofia educacional que norteia a implantação do novo currículo pode ser, assim, caracterizada:

1. Resposta à crescente e incontrolável sobrecarga de informações que envolve o ensino médico. Não é possível ensinar todos os conteúdos. Por outro lado, muitos dos conhecimentos básicos e clínicos em pouco tempo estão ultrapassados. Nesse sentido, o currículo deve se concentrar nos conhecimentos que são fundamentais de cada área e fornecer ao aluno uma formação mais geral e que permita que ele se atualize nessas áreas.

2. Resgate da atividade didática dos docentes não envolvidos (ou muito pouco envolvidos) na atual graduação médica. A valorização da atividade de ensino de graduação, com reconhecimento dessa atividade nos concursos e nos sistemas de promoção acadêmica faz parte importante desse projeto.

3. Aprimoramento dos métodos pedagógicos utilizados na graduação médica. O objetivo a ser atingido é deslocar o ensino/aprendizado em uma lógica baseada na transmissão de conhecimento para uma lógica centrada no aprendizado do que é mais importante para a formação geral do médico. O método pedagógico central é a exposição do aluno, desde o primeiro dia de aula a problemas reais de saúde de pessoas e comunidades, de complexidade compatível com o momento do curso e em diversos cenários de atendimento (unidades básicas de saúde, ambulatórios em hospitais, hospital secundário e hospital terciário, unidades de internação, unidades de emergência e de terapia intensiva). Nesse sentido, há uma diminuição progressiva de atividades teóricas, com grupos maiores de alunos e sua substituição por atividades práticas, em pequenos grupos e atendimento supervisionado.

4. Identificação do aluno, isto é, tirá-lo do anonimato, recuperando a relação professor/aluno. Uma relação mais próxima entre professores e alunos está sendo atingida com o ensino em pequenos grupos, as atividades de iniciação científica e de atendimento supervisionado e os grupos de tutoria

5. Incentivo ao auto-aprendizado através de atividades complementares eletivas: iniciação científica, iniciação profissional, iniciação ao ensino médico,

disciplinas optativas, ligas acadêmicas e extensão de serviços à comunidade, visando preparar o aluno para a educação continuada.”

6. Preocupação central com a qualidade de vida do aluno de medicina, reconhecendo todas as dificuldades e problemas que fazem parte da formação médica.

7. Incentivo à participação permanente dos docentes envolvidos no curso e dos alunos em todas as decisões do curso.

A revisão da estrutura curricular atendeu, também, a alguns outros objetivos:

1. Destinar carga horária substancial ao ensino de biologia molecular e celular, dentro da carga horária destinada ao aprendizado básico

2. Promover uma integração maior entre as disciplinas do ciclo básico. Aprendizado básico não é, aqui, compreendido como tradicionamente, como sendo o aprendizado apenas dos aspectos biológicos da medicina: anatomia, histologia, fisiologia, por exemplo, mas como todos os conhecimentos e habilidades necessários para iniciar o aprendizado clínico do estudante de medicina.

3. Promover uma integração maior entre as disciplinas do ciclo clínico. O ensino clínico é ministrado com ênfase na semiologia (relação médico-paciente, anamnese, exame clínico e raciocínio clínico) e nas áreas gerais de formação do médico (clínica médica, cirurgia, pediatria e ginecologia-obstetrícia). O ensino de áreas mais específicas como dermatologia, oftalmologia e otorrinolaringologia é centrado naquilo que todo médico deve saber daquela área.

4. Colocar o aluno, desde o primeiro semestre, em contato com conteúdos clínicos e estender o ensino de conteúdos básicos até o último ano do curso. No primeiro semestre do curso, por exemplo, foi incluída a disciplina "Introdução à Medicina" em que há conteúdos de saúde da comunidade, suporte básico de vida, relação médico-paciente, introdução ao hospital, cuidados de enfermagem, entre outros.

5. Destinar uma carga horária substancial à formação humanística do estudante de medicina, e à formação para a cidadania e responsabilidade

social.

6. Eliminar repetições desnecessárias durante o ensino básico e clínico

7. Rever o conteúdo de diversas disciplinas, para que fosse mais centrado naquilo que realmente todo médico deve saber

8. Ao constatar a existência de períodos ociosos, a redução dos períodos destinados a várias disciplinas não implicou, muitas vezes, em redução do conteúdo ministrado

9. Oferecer a possibilidade de que atividades de iniciação científica e estágios supervisionados possam fazer parte do currículo médico.

10. Aproximar professores e alunos, estabelecendo um sistema com tutores (orientadores) para cada grupo de alunos

11. Ampliação do ensino em ambulatório, de preferência com atividades fora do ambiente hospitalar, em unidades básicas de saúde e programas de saúde da família.

12. Oferecer aos alunos treinamento sólido também em promoção da saúde, prevenção, rastreamento e reabilitação.

A estrutura do curso médico permanece, de forma geral, dividida em 3 partes (ciclo básico, clínico e internato).

O ciclo básico tem o seu primeiro semestre destinado principalmente à Biologia Celular e Molecular e o segundo e terceiro semestres destinados ao ensino de Anatomia, Histologia e Fisiologia de Órgãos e Sistemas (Estrutura e Função dos Sistemas).

O quarto semestre é um semestre de transição, em que já é iniciado o ensino de Semiologia Clínica, é concluído o ensino de Patologia Geral, existe Introdução à Radiologia, Anatomia Topográfica Humana e Bases Fisiológicas da Clínica Médica (Introdução ao Paciente e às Doenças).

O ciclo clínico propriamente dito tem, também, quatro semestres, sendo o primeiro dedicado principalmente ao ensino de Semiologia e os outros três ao o ensino clínico.

Os dois últimos anos são o internato, que é centrado principalmente nas áreas gerais (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e cirurgia geral).

Corpo Docente

Como em muitas outras escolas médicas, o corpo docente não se restringe aos docentes da universidade, mas a médicos dos hospitais e outras unidades onde o ensino e os estágios são realizados. Portanto, além dos docentes da USP (dos Institutos de Ciências Biomédicas, de Biociências e de Química e da Faculdade de Medicina), há um corpo docente numeroso constituído, principalmente, por médicos do Hospital das Clínicas e do Hospital Universitário. Estes médicos são reconhecidos como docentes do curso de medicina e esse reconhecimento foi efetivado pelo Conselho Universitário da USP ao aprovar a categoria de "docente médico colaborador". Já há mais de 200 médicos com doutorado que foram aprovados em concurso para docente médico colaborador. O total de docentes envolvidos no curso de medicina, considerando os médicos desses hospitais está em torno de 1.500 pessoas.

Cenários do Ensino/Aprendizado

O aprendizado de disciplinas básicas se dá, dependendo do conteúdo a ser ministrado, no Instituto de Ciências Biomédicas (conteúdos de imunologia, anatomia, histologia, biologia celular, microbiologia, parasitologia, fisiologia e farmacologia), no Instituto de Biociências (genética), no Instituto de Química (bioquímica e biologia molecular) e na Faculdade de Medicina, sendo que em todas essas unidades são utilizadas salas de aula e diversos laboratórios.

O aprendizado das disciplinas clínicas e os estágios são realizados no Hospital das Clínicas, no Hospital Universitário e em unidades básicas de saúde, em especial o Centro de Saúde Escola do Butantã.

O Hospital Universitário é o hospital secundário vinculado ao curso de medicina. Trata-se de hospital da Universidade de São Paulo, com 250 leitos, que tem características de hospital secundário e comunitário. Presta atendimento a problemas de saúde de duas comunidades: a comunidade dos funcionários e alunos da USP e a comunidade de moradores do distrito do Butantã. Este hospital tem características de hospital geral e seus leitos estão

vinculados a apenas quatro divisões médicas: Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia e Obstetrícia. Parte do ensino de semiologia é ministrada neste hospital e há 8 meses de estágios de internato (quinto e sexto anos) que são realizados no Hospital Universitário.

O Hospital das Clínicas é uma autarquia associada à USP, mantendo estreitos vínculos administrativos, científicos, didáticos e assistenciais com a Universidade de São Paulo. Seu conselho deliberativo é constituído por professores titulares da FMUSP e todas as suas divisões médicas são diretamente vinculadas à Faculdade de Medicina. Trata-se de hospital terciário (ou "quaternário"), com cerca de 2000 leitos, composto de vários institutos: Instituto Central, Instituto do Coração, Instituto da Criança, Instituto de Ortopedia, Instituto de Psiquiatria, Instituto dos Laboratórios de Investigação Médica, Hospital Auxiliar de Cotoxó, Hospital Auxiliar de Suzano e Divisão de Reabilitação Vergueiro. O ensino clínico e diversos estágios são realizados nos diversos institutos deste hospital. Durante o internato a ênfase é nas áreas gerais (Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Cirurgia Geral) e nos serviços de emergência (Clínica Médica, Cardiologia, Neurologia, Ortopedia, Pediatria, Ginecologia, Cirurgia e Trauma). Além disso, existem estágios em Moléstias Infecciosas, Dermatologia e Psiquiatria, áreas consideradas muito importantes para a formação geral do médico.

Com relação aos locais para o aprendizado em atenção primária à saúde existe o Centro de Saúde Escola do Butantã, que é ligado administrativamente e academicamente ao Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. Para que o aprendizado em atenção primária seja mais completo, será implantado programa de treinamento em outras unidades básicas de saúde do distrito do Butantã (programa ainda em implantação).

Formação Científica

A Universidade de São Paulo tem sido uma instituição de grande tradição na produção de conhecimento científico nas mais variadas áreas. A atividade de pesquisa científica de boa qualidade é, também, uma característica importante

dos institutos que participam do ensino básico de medicina (Instituto de Ciências Biomédicas, Instituto de Biociências e Instituto de Química), da FMUSP e do Hospital das Clínicas. A oportunidade de participar intensamente do processo de produção do conhecimento científico na área biomédica e médica pode resultar em formação de médicos com uma visão mais crítica do conhecimento científico e uma capacidade maior de se atualizar permanentemente. Ao mesmo tempo, é possível despertar vocações para pesquisadores. Dentro do projeto pedagógico do curso de medicina da FMUSP existe um incentivo aos alunos para que tenham atividades de iniciação científica.

Com essa finalidade foi constituído um conjunto de disciplinas optativas, supradepartamentais, chamadas de "Pesquisa científica em medicina". O aluno pode, se desejar, cumprir de 5 a 15 créditos semestrais nestas disciplinas.

O aluno que se inscreve para essas disciplinas escolhe entre mais de 200 laboratórios de pesquisa ou grupos de pesquisa clínica e desenvolve um projeto de iniciação científica sob orientação de um pesquisador de um desses grupos. Pode, ao final do semestre, permanecer no mesmo grupo ou escolher mudar para ter outra experiência.

Formação Integral

A formação médica é um processo complexo, que envolve tanto uma formação básica e técnica de alta qualidade como uma visão integral do ser humano, um treinamento em comunicação, uma visão ética e da responsabilidade social do médico e do sistema único de saúde no Brasil.

Para contribuir para essa formação mais completa do estudante de medicina, existem três características importantes do projeto pedagógico:

1. Introdução, na estrutura curricular, de conteúdos de humanidades, ética e cidadania. Assim, existem, na estrutura curricular, as seguintes disciplinas: "Bases Humanísticas da Medicina I", no primeiro semestre; "Introdução à Medicina", no primeiro semestre; "Bases Humanísticas da Medicina II", no segundo semestre; "Introdução à Medicina Preventiva", no terceiro semestre; "Psicologia Médica", no quinto semestre; "Cidadania e Medicina", no sexto

semestre; "Bioética", no sétimo e oitavo semestres e está em elaboração a disciplina "Bioética Clínica", que será ministrada, sob forma de discussão de problemas concretos, durante os quatro semestres do internato (nono ao décimo-segundo semestres.

2. Definir, em todas as disciplinas e estágios, que o papel do docente não é, apenas, de promover o aprendizado daqueles conteúdos e habilidades específicos de sua área, mas que a visão integral do ser humano deve estar sempre presente.

3. Criação do programa de tutoria, em que cada grupo de alunos é ligado a um docente "tutor" e com ele se reúne periodicamente para discutir aspectos diversos da formação médica.

Programa Tutores (Estágio de Tutoria em Medicina)

O processo educacional de um estudante de medicina, desde o início do primeiro ano, até o final do sexto ano, é extremamente complexo. Trata-se de formar um médico que seja competente, com sólidos conhecimentos básicos e clínicos, uma visão madura e crítica do conhecimento médico e uma capacidade de se atualizar continuamente. Ao mesmo tempo, desejamos formar um médico que tenha uma visão humanística, tenha compromisso com seus pacientes e responsabilidade social, seja sensível ao sofrimento humano, tenha capacidade de se relacionar de forma adequada com seus pacientes e encará-los sempre como seres humanos integrais, respeitando suas características sociais, culturais, religiosas, seus sonhos e esperanças.

Uma escola médica como a FMUSP deve ter uma preocupação grande com a organização do ensino, com a estrutura curricular, com a qualidade das aulas e dos estágios. Por outro lado, deve ter uma preocupação ainda maior com a educação médica, com o real aprendizado de cada um de seus alunos. Um dos fatores que mais facilitam esse processo é uma grande proximidade entre professores e alunos, para que se estabeleça uma troca de experiências verdadeira, um vínculo maior e esse processo de educação médica seja o mais individualizado possível.

Para o aluno de medicina, surgem, com freqüência, problemas durante seu

curso. O ensino básico muitas vezes dissociado do ensino clínico e de uma aplicação prática clara, os primeiros encontros com o sofrimento e a morte, dificuldades de relacionamento com pacientes, seus familiares ou outros profissionais de saúde, a escolha da especialidade futura, momentos de ansiedade ou depressão, entre outros, são exemplos de problemas freqüentes de nossos alunos. É importante que haja espaços, previstos em nossa estrutura curricular, para que problemas como esses possam ser abordados. Oferecendo a nossos alunos oportunidade de discussão e orientação sobre todos os problemas ou dúvidas surgidos durante o curso médico, estaremos oferecendo condições muito melhores para que o processo de formação de nossos médicos, de construção de sua identidade médica, seja, em muito, facilitado.

Com a mudança curricular do curso de graduação de nossa faculdade, aumentou a necessidade de um relacionamento mais estreito entre corpo docente e discente. Pretendemos, com as disciplinas optativas, incentivar a busca do conhecimento de forma mais ativa, oferecer oportunidades de iniciação científica, de estágios nas diversas especialidades médicas e de aprofundamento em áreas do conhecimento médico ou relacionadas. Por outro lado, mantemos, na chamada área nuclear, a formação geral, os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários a todo médico. Surge, com maior força, a necessidade de diálogo, de haver oportunidade para orientação de escolhas e decisões relativas ao presente e ao futuro.

Um alternativa que tem sido adotada, com bons resultados, em várias instituições de ensino superior, para aproximar alunos de docentes é o estabelecimento, para cada aluno ou grupo de alunos, de um tutor ou orientador. Na FMUSP, foi implantado em 2001, um sistema de tutores/orientadores, em que um docente é orientador de um grupo de 6 a 9 alunos, composto por alunos dos seis anos do curso.

Objetivos do Programa Tutores: O objetivo principal é estabelecer, para grupo de alunos, um orientador, que acompanhará o seu progresso acadêmico e os auxiliará em problemas eventualmente surgidos no decorrer do curso.

São realizadas reuniões entre o tutor e o seu grupo de alunos, com uma periodicidade não inferior a uma vez por mês, em que são discutidos temas de interesse da formação médica, científica, humana e para a cidadania.

O tutor terá, também, a responsabilidade inicial de avaliar situações de alunos com problemas diversos e sugerir a eles, quando necessário, a procura de outros recursos de auxílio a alunos, como por exemplo, o GRAPAL (Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno).

Perfil dos tutores: Os tutores são selecionados entre os profissionais que exercem atividades docentes no curso médico: docentes da Faculdade de Medicina e dos institutos que participam do ensino básico, médicos do Hospital das Clínicas, do Hospital Universitário e do Centro de Saúde Escola. O tutor deve ter o seguinte perfil geral:

1. Ser uma pessoa envolvida com o ensino de graduação, ministrando aulas, organizando cursos ou participando do ensino básico, clínico ou internato. Deverá, portanto, conhecer o curso de graduação e os alunos.
2. Ser uma pessoa disponível. Quando um aluno tiver necessidade de conversar com o tutor, ele deve ser recebido com rapidez.
3. Estar disposto a participar de treinamento e supervisão. Trata-se de uma atividade com objetivos específicos, haverá necessidade de treinamento e de supervisão dos tutores por equipe coordenada por docentes do Departamento de Psiquiatria.
4. O tutor é antes de tudo um modelo. Comportamento profissional e ético irrepreensíveis são o pré-requisito para a atividade de tutor.

A carga horária que cada tutor dedica ao programa é de aproximadamente 1 hora e meia a duas horas por semana, considerando que há uma a duas reuniões mensais com o seu grupo de alunos e uma reunião mensal com seu grupo de supervisão.

Participação dos alunos: A participação dos alunos nas atividades de tutoria é obrigatória. O motivo desta obrigatoriedade é por acreditar que essa supervisão é essencial para a formação do médico e que, talvez, alguns dos alunos que mais necessitem de algum tipo de orientação ou supervisão, não a buscariam,

se essa atividade fosse optativa. O aluno que não comparecer às atividades de tutoria será convocado pela Comissão Coordenadora para ser avaliado qual o motivo dessa não participação.

As atividades de tutoria estarão previstas na Estrutura Curricular, correspondendo a 1 crédito por semestre.

Os grupos de alunos não são organizados pelos próprios alunos, por critérios de amizade ou proximidade. Os grupos são formados pela Comissão Coordenadora, que também designará o tutor de cada grupo. Caso um aluno queira mudar de grupo ou tutor, ao final de cada ano essas solicitações serão avaliadas pela Comissão Coordenadora.

Cada grupo será constituído por 6 a 9 alunos e terá, pelo menos, um aluno de cada ano. Será uma forma de promover uma integração e uma troca de experiências entre os seis anos. Por outro lado, será uma forma excelente de receber, em nossa comunidade acadêmica, os calouros, a cada início de ano.

Estrutura do Programa Tutores: O Programa Tutores é vinculado diretamente à Comissão de Graduação da Faculdade de Medicina. A Comissão Coordenadora é responsável pela coordenação do programa, pelo recrutamento e treinamento dos tutores, e pelo estabelecimento de normais gerais e acompanhamento do programa. Presta contas de seu trabalho à Comissão de Graduação e à Congregação da Faculdade de Medicina. É responsável, também, pela designação de um grupo de profissionais com experiência para o treinamento e supervisão dos tutores, coordenado pelo representante do Departamento de Psiquiatria na Comissão de Graduação.

Atualmente existem 150 tutores e 14 supervisores em atuação no programa. A coordenação do programa é constituída por representantes eleitos pelos membros da comissão de graduação, pelos supervisores, pelos tutores e pelos alunos, além dos profissionais responsáveis pelo funcionamento do programa. Trata-se de projeto em parceria com os alunos e estes participaram de todos os momentos de discussão, implantação e avaliação do programa, com exceção da seleção dos tutores.

As horas dedicadas ao Programa Tutores por cada tutor ou supervisor são

consideradas pela Faculdade de Medicina como horas dedicadas ao ensino de graduação.

Planejamento e Assessoria Educacional

O curso de medicina conta com um centro especializado em Educação Médica, o Centro de Desenvolvimento de Educação Médica (CEDEM), que é, ao mesmo tempo um centro de pesquisa em educação médica e um órgão assessor da Diretoria e da Comissão de Graduação da FMUSP. O CEDEM tem os seguintes objetivos:

1. Desenvolver pesquisa científica nos diversos aspectos da educação médica
2. Assessorar a Comissão de Graduação no planejamento, desenvolvimento e avaliação, e em métodos de ensino/aprendizado.
3. Oferecer programas de treinamento e reciclagem dos docentes em diferentes aspectos da educação médica: planejamento, avaliação e métodos de ensino/aprendizado.

Assistência à Saúde e Psicopedagógica ao aluno de medicina

A assistência a problemas de saúde do aluno de medicina é oferecida dentro do Sistema de Saúde da Universidade, que é responsável por essa atividade em relação a todos os alunos da USP.

Existe, entretanto, um programa de assistência psicológica e psiquiátrica específico ao aluno da FMUSP, o Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (GRAPAL). Trata-se de grupo de psicólogos e psiquiatras que presta assistência aos alunos da FMUSP. Este grupo já existe há mais de 15 anos, e tem grande experiência nessa atividade. Todo aluno do primeiro ano é convidado para uma entrevista inicial e, sempre que considerar necessário ou for orientado por algum docente, o aluno é atendido, de forma gratuita, pelo GRAPAL.

Problemas de ordem pedagógica tem sido abordados inicialmente por docentes das áreas ou pelos tutores e os alunos podem, se necessário, receber orientação por profissionais do CEDEM.

Atenção Primária à Saúde e integração com o Sistema Único de Saúde

Trata-se de aspecto do projeto pedagógico que está, ainda, em implantação. O

objetivo central a ser atingido é oferecer ao aluno de medicina da FMUSP um treinamento sólido em atenção primária à saúde e um conhecimento, em profundidade, do Sistema Único de Saúde e dos principais problemas de saúde da população brasileira.

Esse programa será implantado em unidades básicas de saúde do Distrito do Butantã, sendo a principal delas o Centro de Saúde Escola do Butantã. Esta região da cidade foi escolhida por ser a região onde está o campus da USP e o hospital de referência ser o Hospital Universitário, permitindo, assim, uma integração entre os diversos níveis de assistência à saúde.

O treinamento dos alunos será, fundamentalmente, ligado a equipes do Programa de Saúde da Família. Os alunos freqüentarão as unidades básicas de saúde durante três anos: 1. No segundo semestre os alunos participarão de atividades principalmente de contato com a comunidade, de diagnóstico de saúde da comunidade e acompanharão atividades dos agentes de saúde. 2. No quinto semestre, os alunos acompanharão o atendimento realizado por médicos do programa de saúde da família. 3. No nono e décimo semestres, os alunos serão responsáveis por atendimentos em equipes de saúde da família, sendo, supervisionados nessa atuação.

A coordenação do programa será de responsabilidade do Departamento de Medicina Preventiva e haverá um convênio entre a USP e a Prefeitura Municipal de São Paulo para a efetivação desse programa.

Avaliação

Para a avaliação do projeto pedagógico, do currículo, e do aprendizado, são utilizados múltiplas abordagens e indicadores.

1. Questionário de avaliação das disciplinas pelos alunos elaborado pela Câmara de Avaliação do Conselho de Graduação. Trata-se de questionário que avalia múltiplos aspectos do ensino, aprendizado, do docente e da participação dos alunos e que é preenchido pelos alunos ao final de cada disciplina. Os resultados dessa avaliação são fornecidos às comissões de graduação, aos departamentos e aos docentes.

2. Programa de Avaliação Curricular (PAC). Trata-se, também, de avaliação

das disciplinas e dos estágios pelos alunos e é de responsabilidade do Centro de Desenvolvimento de Educação Médica (CEDEM). São questionários de avaliação preenchidos pelos alunos, com uma avaliação ampla que compreende programação, infraestrutura, recursos didáticos, definição de objetivos, aprendizado e avaliações feitas.

3. Avaliação da aquisição de conhecimentos, através do Teste do Progresso. O Teste do Progresso é aplicado a todos os alunos, duas vezes por ano. Trata-se de prova com testes de múltipla escolha (5 alternativas), com um sexto das questões correspondendo a conteúdos de cada um dos seis anos do curso. Os alunos de todos os anos do curso de medicina fazem a mesma prova. Serve para avaliar a aquisição de conhecimentos e a retenção dos mesmos ao longo do curso. Cada aluno pode, também, avaliar a sua situação, e compará-la com a distribuição das notas de seu ano e dos seis anos. Os resultados individuais não são divulgados, sendo entregues apenas a cada aluno. Os resultados divulgados são os gerais, por ano, do curso inteiro e de cada área de conhecimento.

4. Fóruns de discussão do curso. A cada semestre, há um dia em que não há aulas programadas e são realizadas reuniões com docentes e alunos com a finalidade de avaliar o curso ou alguns de seus aspectos. Os relatórios e as conclusões desses fóruns de discussão são, posteriormente, encaminhados à Comissão de Graduação para as providências necessárias.

5. Avaliações em cada disciplina ou estágio. São incentivadas reuniões entre professores e alunos, durante as diversas disciplinas ou estágios, para que haja um diálogo freqüente e problemas e sugestões possam ser discutidos.

Gestão do curso

A gestão do curso é de responsabilidade da Comissão de Graduação da Faculdade de Medicina, que é composta por um representante de cada um dos 16 departamentos da Faculdade de Medicina e 3 representantes discentes e da Comissão Coordenadora do Curso de Medicina, que reúne representantes, também, dos outros institutos envolvidos no curso, que são o Instituto de Ciências Biomédicas, o Instituto de Química e o Instituto de Biociências.

Para assessorar a Comissão de Graduação, existem vários grupos de trabalho, com a finalidade de planejar, acompanhar, avaliar e discutir problemas de áreas específicas do ensino: Ensino Básico, Internato, Currículo Complementar e Avaliação, além de coordenações específicas para o Programa Tutores, as disciplinas de Pesquisa Científica em Medicina, as disciplinas de Iniciação Profissional à Prática Médica e as atividades de Extensão de Serviços à Comunidade.

Prof. Dr. Milton de Arruda Martins

Presidente da Comissão de Graduação FMUSP

REFERÊNCIAS[5]

Alves ANO et al . A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRN - Natal - RN - Brasil. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 4, Dec. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000400006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 21 mai. 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000400006.

Ayres JRCM. Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 28, n. 4, ago. 1994 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000400012&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 28 jun. 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101994000400012.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 13, n. 3, dez. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 27 set. 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003.

Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300013&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 27 set. 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300013.

Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, abr. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

---

[5] De acordo com:
Adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).
Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias da FMUSP*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de S. Aragão, Suely C. Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

73312007000100004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 28 set. 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004.

Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 9, n. 17, ago. 2005a . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 07 set. 2010. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200014.

Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, set. 2005b . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 29 abr. 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014.

Binz MC, Menezes Filho EW, Saupe R. Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistencial. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, mar. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100005&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 05 nov. 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100005.

Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 79, supl. 1, jun. 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000700003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 28 jun. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000700003.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES no. 4, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Disponível em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf (Acesso em 10/01/2011).

Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, set. 1999 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300023&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 28 jan. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000300023.

Caregnato RCA, Martini RMF, Mutti RMV. Questão ético-moral na formação dos enfermeiros e médicos: efeitos de sentidos nos discursos docentes. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 18, n. 4, Dez. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400013&lng=en&nrm=iso>. acesso em 21 jul. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000400013.

Cortina A. **O fazer ético:** guia para a educação moral. São Paulo: Moderna; 2003.

Couttolenc BF, Zucchi P. Gestão de Recursos Financeiros, v. 10 São Paulo: **Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo**, 1998. – (Série Saúde & Cidadania).

De Marco MA et al. **Psicologia Médica:** abordagem integral do processo saúde-doença. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Denzin NK, Lincoln YS. **Handbook of qualitative research**. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Pub., 2000.

Deslandes SF.. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 15 mar. 2010. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002.

Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500015&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 27 set. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500015.

Falcone EMO et al . Inventário de Empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. **Aval. psicol.**, Porto Alegre , v. 7, n. 3, dez. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 fev. 2012.

Farias SMC et al . Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 3, jun. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300025&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 27 set. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300025.

Ferreira J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saude soc.**, São Paulo , v. 14, n. 3, dez. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 28 nov. 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902005000300007.

Figueiredo AM, Guilhem D. Ética e Moral. **R. Inter. Interdisc. INTERtheses**, Florianópolis, v.5, p.29-46, 2008. Disponível em https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2008v5n1p29 acesso em 20 mai 2011. http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2008v5n1p29.

Soar Filho EJ. A interação médico-cliente. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 44, n. 1, mar. 1998 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000100007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 27 set. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301998000100007.

Garcia MAA, Ferreira FP, Ferronato FA. Experiências de humanização por estudantes de medicina. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, jun. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000100006&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 20 dez. 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000100006.

Geertz C. **Interpretação das Culturas**, Rio de Janeiro, Ed.Zahar, 1978.

Goldie J. Integrating professionalism teaching into undergraduate medical education in the UK setting. **Medical Teacher,** Vol. 30, No. 5 , Pages 513-527, 2008. Disponível em <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/01421590801995225> acesso em 25 abr. 2011. doi:10.1080/01421590801995225.

Gressler LA. **Introdução à pesquisa:** projetos e relatórios. São Paulo: Loyola, 2003.

Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500002&lng=en&nrm=iso>. acesso em 20 mai. 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500002.

Heidegger M. **Ser e tempo.** Petrópolis, Vozes, 1995.

Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 3, jun. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300024&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 27 set. 2010. Epub 18-Abr-2008. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000022.

Humanizasus. **Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2010.

Koller SH, Camino C, Ribeiro J. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. Rev. **Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 18, 43-53, 2001. Disponível em < http://www.msmidia.com/ceprua/artigos/edaartigo1.pdf> acesso em 23 mar 2010.

Lakatos EM, Marconi MA. **Fundamentos da metodologia científica**. 3ed. São Paulo: Atlas, 1991.

Lévinas E. **Entre nós – ensaios sobre a alteridade**. Petrópolis, Editora Vozes, 2009.

Lopes MA, Medeiros L. Humanização Hospitalar: origem, uso e banalização do termo**. Rev. Propec**/ IAB/ Minas Gerais, 2004. Disponível em http://arquiteturahospitalarnatal.com.br/r/pdf/artigo1.pdf acesso em 20 de Nov de 2012.

Makoul G. A guide for instructor and learners for teaching and assessing communication skills. The SEGUE framework. **Program in Communication & Medicine.** Chicago, Ill.: Northwestern University Feinberg School of Medicine; 2005. Available from: http://www.pcm.northwestern.edu.

Martins MA. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da FMUSP** [online]. [capturado 02 ago 2012]. Disponível em: http://www.fm.usp.br/cedem/discussao/projeto.php.

Medeiros M. Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde. **IPEA** TD nº 687 Rio de Janeiro, 1999. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0687.pdf> acesso em 20 dez 2009.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde, São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1994.

Minayo MCS. (org.), Deslandes SF, Gomes R. **Pesquisa Social:** Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2012.

Ministério Da Saúde. **A educação permanente entra na roda:** pólos de educação permanente em saúde, Brasília, 2005, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf> Acesso em 25 mai 2011.

Oliveira RCS. (Org.) **Sociologia**: consensos e conflitos. Ponta Grossa UEPG, 2001.

Oselka G. (Coord.) **Bioética Clínica**: reflexões e discussões sobre casos selecionados. 2.ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Centro de Bioética, 2009.

Pereira OP, Almeida TMC. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 9, n. 16, fev. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100006&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 15 mar. 2009. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100006.

Pessotti I. A FORMAÇÃO HUMANÍSTICA DO MÉDICO. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, [S.l.], v. 29, n. 4, p. 440-448, dez. 1996. ISSN 2176-7262. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/788>. Acesso em: 28 nov. 2013. doi:http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v29i4p440-448.

Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, out. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500029&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 29 set. 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500029.

Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 4, dez. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400011&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 13 mai. 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400011.

Ribeiro MMF, Krupat E, Amaral CFS. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. **Medical Teacher**, 29: e204–e208, 2007.

Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. **Medical Education** 2006; 40: 624–629. Disponível em <http://ipepweb.org/documents/Rider_Keefer_CommSkills.pdf> acesso em 13 mai 2011. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02500.x.

Rios IC et al . A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 1, mar. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100015&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 12 mar. 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000100015.

Rios IC. **Caminhos da Humanização** – Reflexão e prática. São Paulo, Áurea, 2009a.

Rios IC. Comunicação em medicina. **Revista de Medicina**, Brasil, v. 91, n. 3, p. 159-162, mai. 2012. ISSN 1679-9836. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/58977/61963>. Acesso em: 15 Mai. 2014. doi:http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v91i3p159-162.

Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, jun. 2009b. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 29 abr 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013.

Rios IC. Subjetividade Contemporânea na Educação Médica: A formação Humanística em Medicina. **Tese.** São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010a.

Rios IC. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, jun. 2010b. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700084&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 28 jan. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700084.

Schraiber LB et al . Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas.**Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, 1999 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 10 set. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200002.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 29, n. 1, fev. 1995a . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000100010&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 19 jan. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000100010.

Schraiber LB. Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: novos desafios, outros dilemas**. Tese de Livre-Docência**. São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva/FMUSP,1997.

Schraiber LB**.** O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, mar. 1995b . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100012&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 27 ago. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000100012.

Schraiber LB. **O médico e suas interações** – a crise dos vínculos de confiança. São Paulo, Hucitec, 2008.

Segre M, Cohen C. **Bioética**. 3ed São Paulo, Edusp, 2002.

Silva JDT, Muller MC. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 2, June 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 dez. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000200011.

Silva AAM et al. Cobertura de puericultura em São Luís (MA), Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, 1999. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n4/0647.pdf > acesso em 20 jan 2012.

Souza JC et al . Ensino do cuidado humanizado: evolução e tendências da produção científica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. 6, dez. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600014&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 02 nov. 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000600014.

Tornquist CS. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis , v. 10, n. 2, jul. 2002 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200016&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 21 mai. 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016.

Velho G. **Subjetividade e Sociedade**: uma experiência de geração. 4ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

Viçoso H. **Dicionário Enciclopédico da Psicologia.** 1ed. Lisboa: Edições Texto & Grafia, 2008.