

Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistencial

New trends, old attitudes: the gaps between humanist values and observed interrelations in a teaching and patient care setting

Mara Cristina Binz¹

Eliezer Walter de Menezes Filho¹

Rosita Saupe¹

RESUMO

Historicamente, a medicina, enquanto arte e ciência, esteve ligada a bases humanísticas. Após se distanciar destes valores no século 19, tende, atualmente, a recuperar estas origens. Às escolas médicas cabe formar profissionais comprometidos com todos os determinantes do processo saúde-doença. Analisaram-se qualitativamente dados de observações realizadas nos cenários coletivos de um ambiente docente e assistencial de uma escola médica do Sul do Brasil. Os objetos de estudo foram os espaços físicos, em suas possibilidades e limitações, e as ações e atitudes de usuários, docentes, funcionários e, especialmente, de alunos em atividades práticas nos ambientes da unidade, ao se detalharem aspectos de comunicação entre os grupos, instrumentos de empoderamento e diferenças na estruturação de cinco ambulatórios de especialidades médicas. Em 40 horas de observações, vínculos superficiais, raras atitudes de acolhimento e de respeito com o outro, distanciamento na produção de cuidado em saúde e comportamentos inoportunos entre colegas marcaram vivências cotidianas ainda distantes dos ideais de humanização. Pretende-se contribuir para revalorizar a dimensão humana dos processos de ensino e aprendizagem desta escola médica, no sentido de preparar egressos instrumentalizados para conhecer, entender e atuar de maneira comprometida, afetiva e efetiva nas novas tendências e demandas do setor saúde.

ABSTRACT

Historically, as an art and science, medicine was associated with humanist values. After distancing itself from such values in the 19th century, medicine is currently tending to reclaim its origins. Medical schools bear the responsibility for training professionals committed to dealing with all the determinants of the health-disease process. This study features a qualitative analysis of data from observations performed in collective scenarios within a teaching and patient care setting in a medical school in southern Brazil. The objects of the study were the physical settings and their possibilities and limitations, and the actions and attitudes of users, faculty, employees, and especially students involved in practical activities in the department, describing communications aspects among the groups, instruments for empowerment, and differences in the structuring of outpatient clinics in five medical specialties. Forty hours of observation revealed daily experiences that were still far from the ideals of humanization, displaying superficial relations, rare attitudes of care and respect for others, aloofness in patient care, and inopportune behaviors among colleagues. The article aims to contribute to a reevaluation of the human dimension in the teaching and learning processes in medical school, in the sense of preparing graduates to know, understand, and act in a committed, affective, and effective way in accordance with the health sector's new trends and demands.

PALAVRAS-CHAVE

- Educação médica
- Humanismo
- Sono
- Ciências da Saúde

KEY WORDS

- Medical Education
- Humanism
- Sleep
- Health Sciences

Recebido em: 07/12/2008

Reencaminhado em: 21/05/2009

Aprovado em: 15/06/2009

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí (Univali) em 27/07/2007, sob o nº 295/07.

¹ Universidade do Vale do Itajaí, SC, Brasil.

INTRODUÇÃO

Historicamente, os valores humanísticos caminham paralelamente à medicina, considerada como ciência e arte de curar, eminentemente voltada para o ser humano. Em todos os processos diagnósticos e terapêuticos da arte médica, as inter-relações entre pacientes e médicos se baseavam na confiança, na familiaridade e no respeito integral às crenças e valores dos indivíduos^{1,2}.

Essa proximidade secular começou a se desfazer no transcorrer do século 19, com a ascensão do determinismo e das bases científicas como explicações incontestáveis para os eventos de saúde e doença das populações. As relações humanas e as potencialidades de cura, contidas na colaboração entre pacientes e médicos, foram relegadas a segundo plano, pelo ponto de vista biológico^{1,2}.

Os novos rumos se consolidaram no transcorrer do século 20, impulsionados pelo desenvolvimento científico e tecnológico, que promoveu uma verdadeira revolução nas ciências biomédicas³. Estes rumos possibilitaram a construção do modelo biomédico de atenção à saúde, caracterizado pelo biologicismo, centrado na figura do médico, individualista e extremamente especializado, com ênfase na medicina curativa e na exclusão de práticas alternativas⁴.

Às contradições filosóficas e rupturas ideológicas, inerentes aos novos paradigmas, somaram-se as influências norte-americanas na educação médica, especialmente manifestas após a segunda guerra mundial^{3,4}. Desde então, o ensino superior em saúde sofreu sucessivas reformas, com a aplicação de princípios pedagógicos pautados no modelo flexneriano, ainda vigente (e dominante) na educação médica^{4,5}.

As novas tendências hegemônicas, a renovação tecnológica, cada vez mais veloz, e a crescente necessidade de atualização permanente, impostas na formação e na prática dos profissionais de saúde, vieram de encontro aos fundamentos humanísticos na medicina³. Diante das novas exigências de saúde dos indivíduos, os modelos dominantes exibiram problemas e limitações. A medicina e os profissionais de saúde se tornaram despreparados para lidar com as dimensões subjetivas que as práticas de saúde supõem^{2,6}.

Estabeleceu-se um círculo vicioso de grandes proporções e distorções na formação dos recursos humanos em saúde, diante das demandas prevalentes da população e dos fatores sociopolíticos determinantes do processo saúde-doença^{2,3}. Nas últimas décadas, profissionais com reflexividade crítica começaram a buscar soluções para corrigir estes rumos, propondo novas políticas de saúde e mudanças nos currículos de formação médica em muitos países^{3,7,8}.

No Brasil, os frutos do movimento sanitário, opositor à ditadura militar, foram a inclusão do capítulo sobre a saúde na Constituição de 1988, assegurando a saúde como direito de todos e dever do Estado, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), importantes passos para a integralidade da atenção em saúde^{3,4,6}. Na educação médica, as novas tendências apregoam a necessidade da formação geral e humanística do futuro médico, com mais responsabilidade deste perante a sociedade, maior valorização da relação paciente-médico e do sentido ético e humano da profissão⁸.

Nos últimos anos, iniciativas governamentais, como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), demonstram a preocupação em consolidar mudanças na formação dos recursos humanos, conforme a visão moderna de saúde⁸.

Em consonância com esse novo momento, de iniquidades, desafios, reflexões, redescoberta do valor da saúde das populações e de retomada dos valores humanísticos, que, por um lado, reconduzem à essência da arte médica, mas, por outro lado, devem ganhar outra amplitude, ao serem implicados na construção de novos modelos de formação e de assistência em saúde, é que emana a relevância da discussão sobre humanização^{2,8}.

Nesse contexto, discute-se a formação dos profissionais de saúde, no sentido de qualificá-los para realizar uma assistência integral, humanizada, com responsabilidade pela continuidade dos serviços prestados e com uso racional das tecnologias disponíveis, em oposição ao modelo flexneriano^{3,5}. A preocupação crescente com as mudanças necessárias na educação em saúde fomenta estudos e debates sobre a formação médica e os caminhos para a mudança⁶.

Diante do exposto, realizou-se, numa escola médica do Sul do Brasil, um estudo qualitativo e descritivo, visando analisar, na prática, o perfil das ações e atitudes emanadas pelos acadêmicos de Medicina do curso em suas interações com outros alunos, com docentes, funcionários e usuários em ambientes coletivos de um espaço docente e assistencial. Registros de ambientes, falas, gestos e atos destes atores foram feitos em um diário de campo e submetidos a análises e reflexões. Após 40 horas de observações e 70 horas de reflexões, dois eixos de análise e tópicos de categorização conforme a frequência das cenas repetidas permitiram traçar um perfil geral das ações e atitudes dos acadêmicos dessa instituição e fazer um contraponto com as tendências sobre humanização.

Ao se observarem as inter-relações dos alunos, objetivou-se perceber de que maneiras os conceitos que remetem à humanização são manifestos nos cotidianos de vivências práticas e propor caminhos para consolidar as mudanças necessárias, no sentido da reumanização da formação médica. Espera-se contribuir para a efetivação de mudanças que direcionem os acadêmicos para realizar, desde suas primeiras experiências na graduação, uma assistência acolhedora, integral e com sensibilidade, para captar as dimensões éticas, sociais, culturais, existenciais e humanas do cuidado em saúde.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na maior parte de sua evolução histórica, a medicina esteve ligada a bases humanísticas. Porém, o determinismo das bases científicas, no século 19, foi distanciando gradativamente os profissionais médicos do humanismo e também daqueles que buscavam seus cuidados¹.

A concepção biomédica, fundamentada numa perspectiva biologicista e mecanicista, consolidou-se e tornou-se hegemônica no transcorrer do século 20. Este modelo interpreta a doença como um desvio de variáveis biológicas com relação ao normal, explicando os processos de saúde e doença dos indivíduos com princípios simples, como as relações de causa e efeito, minimizando os efeitos de aspectos sociais, psicológicos ou comportamentais. As atenções centraram-se na figura do médico, profissional individualista e extremamente especializado, que enfatizava a medicina curativa e menosprezava práticas alternativas e integrativas^{2,4}.

Desse modo, o novo modelo dominante acumulou uma série de erros. Médicos que não compreendem palavras expressas pelos pacientes, que têm dificuldades para transmitir informações ou que não conseguem boa adesão aos tratamentos que propõem exemplificam os problemas de comunicação e os abismos gerados entre pacientes e médicos⁴. Os serviços de saúde se revelaram pouco capazes de demonstrar resolubilidade perante as novas necessidades de saúde dos indivíduos, numa prática fria, pouco participativa, com dificuldades de acesso e sem criação de vínculos e responsabilização pelos atores envolvidos no cuidado em saúde^{3,8}.

Essa mudança de paradigma nas ciências biomédicas transformou a saúde numa banca de negócios multinacionais e lucros crescentes, num processo sem precedentes na história, focado nas práticas hospitalares, estanques e fragmentadas, com incorporação tecnológica desenfreada e dependência crescente de fármacos e equipamentos de diagnóstico e tratamento. A lógica da produtividade tomou conta da relação paciente-médico³.

Diante das limitações de suas práticas, o modelo biomédico vem sendo cada vez mais contestado nas últimas décadas. As novas exigências de cuidado das populações demandaram outras posturas a serem adotadas pelos profissionais de saúde. Alguns destes, com reflexividade crítica, começaram a buscar soluções para corrigir os rumos adotados pela medicina, propondo novas políticas para os serviços de saúde, com acesso equitativo e abordagem integral^{6,9}.

As práticas de saúde caminham paralelamente à formação de recursos humanos em saúde, de sorte que, nesse processo de mudanças, cabe às escolas médicas um importante papel. Logo se percebeu a necessidade de novos rumos para a educação médica, para contemplar, no processo de formação desses profissionais, a pluralidade das recentes tendências, deixando-os sintonizados com as necessidades populares e plenamente capacitados para prestar uma atenção integral e humanizada em todas as instâncias de cuidado em saúde¹⁻³.

Por definição, humanizar seria tornar-se humano, benévolo, afável e tratável, civilizar-se, fazer adquirir hábitos sociais e polidos¹⁰. Ao se aplicar este conceito geral à dinâmica da saúde, entende-se a humanização como a valorização de todos os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, desde os profissionais da área até os usuários dos serviços prestados. Seria garantir a qualidade da comunicação entre todos, bem como cuidar integralmente do paciente, com escuta ativa, para melhor compreendê-lo em sua singularidade e necessidades¹¹.

No atual momento, tende-se a retomar a visão holística da medicina para todos os determinantes de saúde das populações, revalorizando as variantes sociais, culturais, éticas e humanas dos processos de saúde e doença dos indivíduos e das comunidades, no sentido de aproximar o cuidado em saúde das necessidades populares. Assim, emergem as propostas da humanização, tomada como política, orientada por princípios e comprometida não apenas com ideais teóricos, mas também com modos de fazer, com processos efetivos de transformação e com a criação de novas realidades^{1,6,7,12,13}.

Nos últimos anos, importantes passos foram dados no sentido de revitalizar os valores humanísticos na saúde. A definição das DCN, em 2001, foi um destes, ao reconhecer a necessidade de rever as estruturas dos cursos e recomendar que os egressos das universidades sejam médicos generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, com senso de responsabilidade social e promotores da saúde integral do ser humano, valorizando habilidades e competências práticas e articulando-as com os conhecimentos teóricos^{1,13}.

Outros passos foram dados para construir uma política nacional de humanização e qualificar o SUS. As propostas do HumanizaSUS^{14,15} tomaram o tema um eixo transversal, que deve traduzir novos princípios e modos de operar nas inter-relações entre profissionais e usuários, construindo novas interações entre os atores, especialmente os que constituem os sistemas de saúde e os que deles usufruem, acolhendo-os e fomentando seu protagonismo.

Uma ação conjunta dos ministérios da Educação e Saúde resultou no termo de referência do Pró-Saúde, lançado em 2005. A portaria interministerial salienta a adequação do ensino médico como uma importante interseção entre saúde e educação, no sentido de produzir conhecimentos e serviços baseados nas necessidades sociais, numa situação ainda distante da ideal. Recomenda-se que as instituições de ensino superior incorporem à sua missão institucional a formação integral e terminal dos profissionais de saúde, tornando-se efetivamente promotoras dessa ação¹⁶.

Defende-se que a educação deve ser organizada em torno de quatro pilares fundamentais: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser¹⁷. Contextualizando-os na formação médica, estes seriam ferramentas para resgatar habilidades perdidas pelo médico, ao agregarem, na graduação, competências éticas, responsabilidades e sensibilidades para as questões da vida e da sociedade, que poderiam assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado^{17,18}.

Reencontrar e revalorizar as humanidades nos cursos de Medicina implicam ampliar conhecimentos capazes de propiciar reflexividade crítica, incrementar a construção de recursos de vínculo por esses novos profissionais médicos, incorporar informações sobre as comunidades, cuidados e continuidade da assistência, bem como priorizar as ações de atenção, conforme as necessidades concretas da população³.

Novos cenários para a educação médica onde as práticas assistenciais estejam ocorrendo e os acadêmicos exercitem as comunicações horizontais e as relações interdisciplinares com todas as categorias profissionais que trabalham em saúde poderiam fazer compreender melhor as dificuldades e as possibilidades das práticas conjugadas em saúde^{3,19}.

Os alunos podem (e devem) ser muito mais do que meros reservatórios de conteúdos teóricos. Eles podem ser sujeitos ativos, exigentes, críticos, capazes de se solidarizar com o outro e de contribuir na produção de saúde que acontece nos espaços docentes e assistenciais ao tomarem parte desses ambientes desde os primórdios dos cursos de graduação^{16,17,20}.

METODOLOGIA

Numa escola médica do Sul do Brasil, realizou-se uma pesquisa, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, que, mediante observações, registrou ações e atitudes cotidianas dos alunos de um curso de Medicina num espaço docente e assistencial para posterior análise dos apontamentos à luz dos conceitos de humanização.

Para além de simplesmente olhar, observar é destacar, de um conjunto, algo específico, prestar atenção em todas as suas características²¹. Metaforicamente, observar seria como assistir a uma peça teatral. No presente estudo, os atores envolvidos foram os alunos do curso de Medicina, os docentes das disciplinas com inserção prática na unidade observada, os demais profissionais de saúde que ali trabalham e os usuários deste espaço – pacientes, seus familiares e seus acompanhantes.

O palco de observações foi a Unidade de Saúde da Família e Comunitária (USFC), localizada desde janeiro de 2002 nas dependências físicas de uma universidade, em três andares de um prédio com 5 mil metros quadrados. Nesse espaço, vinculado ao SUS, a atenção básica divide espaço com a atenção especializada, recebendo encaminhamentos de pacientes de toda a região. Muitos dos profissionais da saúde (especialmente, os médicos) são, também, docentes da universidade, uma realidade possível por meio de acordos e convênios firmados entre a instituição de ensino e o poder público.

Escolheu-se este ambiente para observar por ser um espaço docente e assistencial, cenário de atividades práticas dos alunos de Medicina, desde o quinto até o 12º período do curso, além de receber acadêmicos de Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Psicologia. Isto possibilitaria acompanhá-los em diferentes momentos da formação acadêmica dentro de um mesmo serviço de saúde. Perceber esse espaço com outros olhos pode fazer surgir uma série de fenômenos relevantes, que não podem ser registrados por meio de perguntas, por exemplo, mas que podem (e devem) ser observados em sua realidade²².

Os espaços coletivos da unidade, como o saguão de entrada (no andar térreo), as salas de espera (no segundo e terceiro pisos), as salas de discussões de casos clínicos, os corredores, rampas e escadas de acesso a estes andares, bem como os ambientes especiais (como um “espaço lúdico”, no segundo piso) foram os ambientes eleitos para observação.

Ao limitar a presença dos observadores a estes espaços, preservamos a intimidade dos pacientes dentro dos consultórios de atendimento, o que demandaria, inclusive, a explanação dos objetivos de pesquisa e a adoção de termos de consentimento livre e esclarecido também para os usuários e acadêmicos em ativida-

des práticas nestes espaços, o que, por conseguinte, poderia determinar vieses à observação.

A escolha do método de observação, semiparticipante, veio ao encontro dos objetivos do estudo, no sentido de disciplinar as atitudes dos observadores, determinantes para o sucesso das saídas de campo, e de captar todos os comportamentos dos pesquisados, interessando os estilos, as falhas, os silêncios e as falas, alteradas ou embargadas, bem como minimizar a possibilidade de vieses, possivelmente determináveis pelas presenças dos pesquisadores, conhecidos pela maioria dos sujeitos observados, sendo esta uma parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa²³⁻²⁵.

As saídas de campo foram feitas por dois pesquisadores no segundo semestre letivo de 2007. Uma observadora era da equipe de docentes da disciplina de Medicina Familiar e Comunitária, deste curso de Medicina, do quinto ao oitavo período, e era mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, oferecido por esta universidade. Vale salientar que esta não lecionava no internato médico ou desempenhava atividades práticas neste espaço docente e assistencial. Já o outro observador era acadêmico deste curso de Medicina, à época no nono período letivo, vinculado ao mestrado por intermédio do Programa Integrado de Pós-Graduação e Graduação (PIPG) desta instituição entre julho de 2007 e junho de 2008.

Na maioria das oportunidades, as percepções foram captadas conjuntamente pelos dois observadores, que faziam seus apontamentos em caderno diário de campo individual. Noutros momentos, por demandas outras, as observações foram feitas por um ou por outro observador, que faziam suas anotações e as traziam para debate, com reflexões individuais e conjuntas a partir dos acontecimentos registrados.

Como norteador dos registros de observações, os pesquisadores se valeram de um instrumento para diário de campo, adaptado para este estudo a partir de um guia para registros elaborado por Bogdan e Biklen. Aspectos descritivos e reflexivos compuseram os relatos escritos daquilo que o investigador ouvia, via, experienciava e pensava no decurso da coleta de dados, refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo²⁶.

Foram escolhidos cinco ambulatórios que aconteciam no espaço docente e assistencial, de especialidades médicas diversas e em horários variados, conforme a disponibilidade dos observadores. Os ambulatórios de Pediatria, Endocrinologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Geriatria (os dois últimos vinculados à disciplina de Medicina Familiar e Comunitária), recebendo acadêmicos do sexto, oitavo e 11º períodos do curso de Medicina, foram observados, a partir dos ambientes coletivos, pelos pesquisadores. Estes

serviços foram identificados aleatoriamente pelos algarismos de 01 a 05 no transcorrer dos registros em diário de campo.

As cenas a serem observadas deveriam representar as seguintes inter-relações entre todos os atores, com foco especial sobre os acadêmicos de Medicina: alunos com alunos; alunos com docentes; alunos com funcionários; alunos com usuários; alunos com observadores. Os registros privilegiaram a descrição dos espaços físicos, dos sujeitos (identificados apenas pelas letras iniciais, fictícias) e das cenas presenciadas, contendo também as reflexões realizadas e as impressões sobre as vivências compartilhadas²¹.

Na análise e interpretação do conjunto de dados coletados, empregou-se a análise temática, método que objetiva descobrir os núcleos de sentido que compõem uma forma de comunicação, com presenças ou frequências relevantes para os objetivos escolhidos. Assim, planejou-se a pré-análise dos documentos disponíveis, com leituras flutuantes e construção do *corpus* de material de pesquisa, a exploração criteriosa dos dados coletados e o tratamento dos resultados, para elucidar como escolhemos e como interpretamos os dados obtidos, trabalhando com significados e não com avaliações estatísticas^{21,24,27}.

Os dados foram digitados, organizados e categorizados, em tópicos, conforme os números atribuídos aos ambulatórios das disciplinas observadas. Cada tópico de cena registrada foi recordado, para a construção de cartazes sobre cartolinas coloridas, uma para cada inter-relação, com informações ordenadas por colunas, uma para cada ambulatório.

A proposta de pesquisa foi analisada pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade no primeiro semestre de 2007 e foi aprovada, conforme o certificado 295/07. O projeto contou com a anuência da coordenação do curso de Medicina e da direção do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da instituição. A presença dos observadores e a realização dos registros foram autorizadas, mediante contato pessoal, por cada um dos professores das disciplinas observadas, que preencheram um termo de consentimento livre e esclarecido para esse fim.

Após traçar paralelos entre os valores humanísticos e o cotidiano das interações travadas nessa unidade de saúde, planejou-se uma devolutiva para alunos, docentes e funcionários do espaço, com a anuência e a presença da coordenação do curso de Medicina e do CCS, na forma de oficina expositiva. Abrir espaços para novas reflexões e discussões é o objetivo da devolutiva, que almeja ser substrato para mudanças reais nos processos de ensino e aprendizagem da instituição, no sentido de consolidar os laços entre as novas tendências, os processos de ensino e as atitudes de aprendizado dos alunos.

RESULTADOS

Após os trâmites éticos e embasamentos teóricos, realizaram-se, de setembro a dezembro de 2007, 20 saídas de campo, nos cinco ambulatorios observados, que renderam 40 horas de observações e 70 horas de reflexões sobre os registros.

Ao se entrar num espaço docente-assistencial e observar as relações travadas nesse contexto, identificaram-se questões que foram vivenciadas e refletidas pelos pesquisadores em suas reuniões. Ao problematizarem espaços, posturas e inter-relações, os observadores aguçaram o olhar para as situações que mais chamaram a atenção no decorrer das saídas de campo e, a partir dessas demandas, estabeleceram as categorias e subcategorias de análise do estudo. Também foram debatidas possibilidades e sugestões para mudanças.

No que tange às relações humanas, a categorização dos dados levou em conta os diversos atores – alunos, docentes, funcionários, usuários e observadores –, e as interações entre estes foram tomadas como categorias, mantendo o foco central nos alunos (relação alunos com alunos; alunos com professores; alunos com funcionários; alunos com usuários; alunos com observadores), considerados como o eixo principal do estudo – humanização e pessoas. Paralelamente, os espaços físicos também foram descritos e analisados na perspectiva da humanização, compondo um eixo-satélite – humanização e espaços.

As decomposições das informações, reunidas nas categorias de análise, renderam subcategorias conforme a frequência com que as cenas, ações e atitudes eram registradas. Para a interpretação dos dados e dos relatos captados pelos observadores, agrupou-se, em linhas gerais, o que foi muito presente ou frequente, o que apareceu eventualmente, o que surgiu raramente e o que se observou de diferente, em interações de proximidade (positivas, próximas dos ideais de humanização) ou de interferência (negativas, distantes do desejável) entre os diversos sujeitos.

HUMANIZAÇÃO E ESPAÇOS

Ao se abordar o eixo-satélite e inicial do estudo, procedeu-se à descrição detalhada dos espaços físicos da unidade docente-assistencial, seguida por reflexões sobre a organização dos ambientes e por correlações entre os espaços coletivos que serviram de cenários para as observações e as relações humanas que neles aconteceriam. Vale destacar que a primeira observação aconteceu, especialmente, para conhecer, reconhecer e descrever os cenários em que os observadores estariam inseridos nas saídas de campo, sem a presença de qualquer um dos sujeitos da pesquisa.

No andar térreo da unidade (primeiro piso), situam-se o saguão de entrada, a recepção, duas das três equipes da Estratégia

de Saúde da Família, as salas de vacinas e as salas de cirurgia ambulatorial. Existe, também, uma farmácia, que dispensa medicações básicas, oferecidas pela rede pública. Num canto deste ambiente coletivo, havia um espaço para as crianças, com uma pequena mesa, cadeiras, brinquedos e motivos infantis, que se convencionou chamar de espaço lúdico.

No segundo e terceiro pisos, acessíveis por escadas ou rampas, ocorria a maioria dos atendimentos de ambulatorios de especialidades. Os espaços coletivos e os consultórios eram similares, em ambos os andares. Os ambientes de espera possuem uma mesa de apoio, algumas cadeiras estofadas e bancos de concreto junto às paredes, revestidos por carpetes. As paredes brancas, os murais e as divisórias de ambientes, possuíam variados cartazes afixados. Dois segmentos desses ambientes tinham iluminação e ventilação naturais, através de janelas amplas que se abriam para os fundos do ambulatorio e davam vista para um morro, repleto de altos eucaliptos.

Passando pelo amplo corredor e pelos sanitários, seguia-se um espaço com formatos irregulares e de difícil caracterização. Era um corredor adaptado para a espera de pacientes, com um bebedouro, revistas, cartazes e murais. Bancos de concreto, revestidos por carpetes de fina espessura e coloração escura, eram a adaptação para os pacientes aguardarem atendimento. Estes ambientes não tinham janelas e eram iluminados exclusivamente por luz artificial. Sem saber como bem definir esses ambientes, convencionou-se denominá-los, no transcorrer das observações, de “corredor-sala de espera”. Muitas das cenas observadas nas saídas de campo se deram nesses cenários.

Ao final dos corredores de acesso aos consultórios, localizavam-se, nos dois pisos superiores, as salas de orientação clínica. Estas eram relativamente grandes, em forma de “L”, com duas mesas redondas, cerca de 15 cadeiras, um bebedouro e uma mesa de apoio. Murais com cartazes de eventos e quadros para anotações a caneta faziam parte das paredes. Sete janelas, pequenas e altas, voltadas para o sol nascente, eram dotadas de persianas para regular a entrada da (pouca) luminosidade externa.

Os ambientes de discussão de casos clínicos, utilizados pela maioria dos ambulatorios observados, permitiam, por sua disposição e pelas portas frequentemente abertas, que os sons originários dela chegassem aos corredores e consultórios próximos. Neste espaço, a iluminação e a ventilação natural eram deficitárias, e não havia mesas nem cadeiras suficientes para professores e alunos quando a turma estivesse presente, em sua maioria ou no todo.

Aguçando-se o olhar para os quadros, murais e cartazes afixados nestas salas e nos outros ambientes coletivos da unidade, notaram-se, em linhas gerais, desenhos que adulteravam os qua-

dros e cartazes com informações voltadas essencialmente para a doença. Percebeu-se, nas saídas de campo, que os usuários estavam sempre atentos aos cartazes afixados nas paredes e murais da unidade de saúde. Contudo, os murais presentes em algumas paredes dos espaços coletivos, no térreo, primeiro e segundo andar, apresentavam, quase como uma constante, cartazes com tendências curativas, biologicistas e positivistas, distanciadas das propostas de educação, prevenção e promoção da saúde.

HUMANIZAÇÃO E PESSOAS

A presença dos observadores nos ambientes da unidade de saúde foi aceita por todos, sem quaisquer restrições, durante as saídas de campo. Tal aceitação certamente foi facilitada pelo fato de ambos os pesquisadores serem conhecidos pela maioria dos alunos, professores e funcionários do serviço.

Em raras oportunidades, foi exteriorizada a curiosidade e o senso crítico dos atores envolvidos nas observações. Em 40 horas de estada em campo, apenas dois alunos questionaram efetivamente a presença dos observadores na unidade. Dentre os 13 docentes abordados pela pesquisa, só um fez inferências críticas, ao interrogar a categorização e a interpretação qualitativa dos dados de observação. Outros dois docentes, em algumas oportunidades, fizeram comentários em tom de brincadeira sobre a presença dos pesquisadores durante as discussões de casos. A presença dos observadores, com olhares atentos, cadernos em punho e escrevendo sem parar parece não ter gerado maior repercussão na dinâmica dos ambulatórios observados.

Cada um dos ambulatórios observados possuía uma sistemática peculiar quanto à divisão dos alunos em grupos e subgrupos de atividades. No ambulatório 01, cada subgrupo, composto por cinco a seis acadêmicos, passava num dia da semana por este serviço e fazia rodízios com os demais subgrupos, retornando a esta especialidade apenas quatro semanas depois. No ambulatório 02, as aulas ocorriam quinzenalmente e envolviam toda a turma (38 alunos, em média), chamando a atenção pela quantidade de pessoas reunidas para realizar atividades práticas.

Os grupos de rodízio do ambulatório 03 eram compostos por quatro a cinco alunos, e, nesta disciplina, havia uma integração entre os cursos de Medicina e de Psicologia. No ambulatório 04, os grupos de atividades separavam a turma em dois blocos, de acordo com as iniciais do nome. Numa data, o grupo da primeira metade da lista de chamada comparecia no primeiro horário, enquanto o grupo da metade até o fim do alfabeto vinha no segundo horário, alternando-se essa ordem a cada atividade prática no ambulatório. Já no ambulatório 05, a dinâmica era diferenciada dos demais por estarem presentes todos os alunos, ao mesmo

tempo, subdivididos em grupos, com cerca de seis acadêmicos, cada um destes sob a responsabilidade de um professor diferente.

Na avaliação e condução dos casos clínicos e dos pacientes, havia outras peculiaridades. No ambulatório 01, o docente foi encontrado mais frequentemente na sala de discussão de casos, onde recebia os acadêmicos e deliberava sobre a condução dos pacientes vistos pelos alunos no consultório; já na especialidade 02, três docentes interagiam com os subgrupos de acadêmicos de variados modos, sem padrões definíveis.

No ambulatório 03, num dos raros movimentos de integração entre cursos da área da saúde, os acadêmicos interagiam dentro do consultório e depois reportavam os casos aos docentes e ao restante do grupo no interior da sala de discussões de uso preferencial deste serviço. Noutra especialidade (ambulatório 04), chamou a atenção o grande número de acadêmicos em cada um dos consultórios (de 15 a 20 alunos reunidos). No ambulatório 05, de seis a oito alunos atendiam cada paciente, e o professor acompanhava o grupo dentro do consultório.

Ao se analisarem os sujeitos presentes nas cenas observadas, especialmente os alunos de Medicina, estes pareceram, na maioria das oportunidades, pouco participativos com relação às dinâmicas e realidades vivenciadas, e pouco estimulados a interagir com outros indivíduos que não fossem seus colegas de grupos e subgrupos. Formaram-se verdadeiros polos e ilhas de distintos grupos, alunos de um lado, pacientes, de outro, e assim por diante. Na maioria das cenas, as ações, atitudes e falas dos acadêmicos ficaram distantes dos ideais humanistas.

Jalecos, estetoscópios e prontuários se revestiram, no decorrer das observações e reflexões, de grandes significados de empoderamento. O uso indiscriminado dos distintivos, inclusive fora da unidade de saúde, reforçou a identidade dos grupos – alunos de Medicina diferentes dos demais sujeitos. Nos espaços de espera, os alunos passavam inúmeras vezes diante dos usuários antes de terem os prontuários; mudavam os comportamentos dos alunos, que passavam a interagir com os pacientes, após pegarem os seus prontuários, como se jamais os tivessem visto antes. Era como se o prontuário, por meio da apropriação da história de saúde e de vida do paciente, fosse o grande possibilitador para transformar percepções e relações, como se fosse um elo de aproximação entre alunos e pacientes.

Frequentemente, apareceram, no âmbito das interações, vínculos pobres e superficiais, falta de reforços positivos para seguimento continuado dos pacientes, pressa em todas as fases da relação paciente-médico, ações corporais ofensivas entre colegas,

falhas de comunicação e pouca responsabilização na condução das histórias de vida e registros dos pacientes.

Foram exceções os acadêmicos que estabeleceram bons vínculos com os usuários além do simples chamamento para a consulta, demonstrando ações e atitudes acolhedoras e humanísticas. Dentre os docentes, um se destacou pela simpatia e empatia manifestadas por ações e atitudes de proximidade com todos os pacientes e seus acompanhantes nos espaços coletivos, sem distinções.

Em muitas oportunidades, presenciaram-se os momentos em que os acadêmicos de Medicina chamavam os pacientes, no corredor-sala de espera, para iniciarem as consultas. Em parte das vezes, essas cenas se repetiram de maneira próxima e positiva, com manifestações verbais e corporais de cordialidade dos alunos ao chamarem seus pacientes e conduzi-los para os consultórios. Nessas oportunidades, os acadêmicos acolheram os pacientes de acordo com o desejável, dentro dos ideais da humanização.

Como exemplo de interação positiva entre alunos, registrou-se, no ambulatório 03, a atitude do aluno de Medicina ao dizer à colega de Psicologia: “Relata o caso, tu já conheces a paciente há bem mais tempo”. Na narrativa, chamou a atenção a desenvoltura dos dois alunos, que, juntos, expuseram os relatos. A iniciativa, a afinidade e a excelente discussão elaborada pela dupla não despertou comentários. Só se sentiu falta do reforço positivo dos docentes, para fortalecer a vivência da interdisciplinaridade do trabalho em equipe e do estabelecimento de vínculos entre alunos, usuários e docentes neste serviço.

Certa vez, no ambulatório 02, uma acadêmica, ao sair da sala de orientação e se dirigir ao consultório onde estava, parou, voltou e disse aos seis alunos que estavam no corredor naquele momento: “Vou fechar essa porta aqui porque está muito barulho lá dentro, e imagina o paciente ouvindo tudo que se comenta lá dentro... vou encostar isso”. Ela fechou a porta da sala de discussões, entrou no consultório e encostou a porta.

Em muitas oportunidades, houve cenas de interações positivas, de proximidade, entre todos os sujeitos envolvidos nas observações do ambulatório 03, em parte atribuíveis à experiência da integração interdisciplinar entre Medicina e Psicologia. De uma dessas observações, registrou-se um comentário, da acadêmica de Medicina, dirigido às colegas de Psicologia, que indica a importância dessa articulação entre os cursos da área da saúde: “Gostei dessa interação. Dá para ver os dois lados da moeda...”.

Por outro lado, foram observadas com muita frequência cenas no outro extremo das inter-relações, distanciadas dos ideais de humanização e dos conceitos de respeito, vínculo e acolhimento. As cenas com interferências entre os atores conseguiram

superar as interações positivas, de proximidade, em número de ocorrência.

Em inúmeras oportunidades, registraram-se faltas e atrasos dos acadêmicos. Em certa ocasião, um aluno de Medicina, atrasado em 15 minutos, entrou na sala de orientações, nada comentou e ninguém disse nada. Duas alunas de Medicina faltaram no mesmo dia, e não chegou nenhuma justificativa até a sala de discussões. Após longo tempo fora da sala, um aluno de Medicina voltou ao recinto com um copo de café e deixou a porta aberta, de modo que no corredor se podiam ouvir as conversas travadas dentro da sala. Durante as observações, alguns alunos se manifestaram tão pouco, que suas presenças mal foram percebidas ou, ainda, suas “fugas” durante as atividades pareciam passar despercebidas pelos presentes.

No ambulatório 03, em vários momentos, os alunos pareciam alheios aos relatos dos colegas e às discussões clínicas travadas na sala de orientações. Relatos inadequados, pouco expressivos, distanciados, com ausência de colegas em sala, pelos mais variados motivos – liberar pacientes, tomar café ou atender celulares – empobreciam as discussões de histórias de vida, saúde e doença dos pacientes.

Em todos os ambulatórios observados, houve dificuldades de aproximação dos alunos das pessoas que circulavam nos espaços da unidade docente-assistencial no dia a dia. Antes de começar o atendimento clínico aos pacientes, percebeu-se, em várias oportunidades, o isolamento dos grupos de alunos de Medicina, reunidos em cantos das salas de espera dos andares, interagindo apenas entre eles. Num polo do ambiente de espera, ficavam os pacientes que aguardavam atendimento; noutro polo, encontravam-se os blocos de alunos. Não foram observadas interações entre estes sujeitos. Muitos dos alunos, inclusive, ficavam de costas para o fluxo de pacientes que acessavam o andar através das rampas.

Também foram observadas tentativas frustradas de inter-relações entre os diferentes sujeitos. Certa vez, um aluno de Medicina contou, na sala de discussão de casos do ambulatório 03, que encontrou a paciente sentada no corredor, chamou-a alto, e ela não o atendeu. A aluna de Psicologia interpelou o colega de Medicina, dizendo: “Posso te dizer uma coisa? O que essa paciente precisa é de contato visual, não auditivo”. A colega do outro curso precisou adverti-lo de que há outras formas de comunicação além da verbal.

Dezenas de registros, realizados em praticamente todas as saídas de campo, apontaram relações falhas entre alunos e usuários nos ambientes coletivos, especialmente no corredor-sala de espera dos pacientes. A ávida busca dos alunos pelos prontuários dos pacientes é um exemplo. No ambulatório 01, os alunos

pegaram rapidamente os prontuários que estavam sobre uma mesa de apoio no ambiente de espera, foram para a sala de discussões de casos e os analisaram, igualmente rápido, em cinco minutos.

Enquanto os prontuários dos pacientes não chegavam aos andares de atendimento, identificava-se o isolamento entre os grupos. Observou-se, no ambulatório 05, que a chegada gradual dos pacientes, por vezes atrasados, determinava atrasos no início das atividades dos grupos e do ambulatório da disciplina. Enquanto isso, os alunos desfrutavam o ócio, envolvidos em conversas paralelas com seus pares.

No ambulatório 02, notou-se que os acadêmicos de Medicina passavam diante dos pacientes nos ambientes de espera rindo, falando alto e interagindo apenas com seus pares. Estes seguiam para os consultórios, para lerem os prontuários dos pacientes. No ambulatório 04, os subgrupos de alunos (cerca de 15 pessoas) passavam pelos pacientes com os prontuários nas mãos sem interações dignas de nota entre acadêmicos e usuários.

Ao receberem os pacientes e chamá-los para a consulta, os acadêmicos de Medicina, em diversos momentos, mantiveram certo distanciamento, com discreto acolhimento. Na maioria das vezes, os alunos chamavam os pacientes no corredor-sala de espera, de longe, posicionados de lado, caminhando rumo aos consultórios sem cumprimentar os usuários ou com passos apressados. Numa cena registrada no ambulatório 01, a aluna chamou nominalmente o usuário, mas não o cumprimentou, nem estendeu a mão, e dirigiu-se imediatamente ao consultório à frente do paciente, dizendo apenas: “pode passar”.

Chamou a atenção o comportamento exibido por muitos alunos, como na cena observada no ambulatório 02. Nos ambientes coletivos de espera, permaneciam duas pacientes, e uma delas foi chamada por um grupo de quatro acadêmicos de Medicina (três garotas e um rapaz). A senhora, de ares tristes, foi chamada de modo cordial e simpático, como se os alunos a avistassem pela primeira vez naquele momento. Contudo, esses alunos já haviam passado diante dessa usuária pelo menos quatro vezes naquele dia, sem demonstrar a mesma cordialidade antes de chamá-la; pelo contrário, pareciam ignorar a existência dela no espaço antes de terem seu prontuário em mãos.

Após os alunos se apoderarem do prontuário dos pacientes e procederem à leitura destes, passados alguns minutos, somente um dos alunos de cada subgrupo vinha chamar os usuários, que pacientemente esperavam serem chamados para a consulta. Nesse ínterim, era como se não houvesse ninguém ali além dos acadêmicos. Num segundo momento, os alunos de Medicina

chamavam as pessoas pelo nome, com sorrisos e cumprimentos, para levá-las aos consultórios.

No ambulatório 02, registrou-se que muitos dos pacientes traziam outras pessoas ao serviço de saúde. Em certa oportunidade, chegaram ao segundo andar da unidade cerca de 15 pessoas, entre usuários e acompanhantes destes. A maioria destes indivíduos lançava algum tipo de cumprimento aos alunos e nem todos notavam (muito menos respondiam) o gesto de cortesia. Em geral, como se anotou no ambulatório 03, os alunos de Medicina e também os docentes presentes na unidade de saúde passam direto e reto pelos pacientes, sem interação alguma nos espaços coletivos.

Nas salas de discussões, apareceram descrições e rotulações de pacientes originadas por acadêmicos que configuraram descasos significativos com a singularidade de cada indivíduo. Numa oportunidade, no ambulatório 01, por exemplo, a aluna de Medicina perguntou à colega: “A paciente de vocês é hiper ou hipo?”.

No ambulatório 03, a história de vida de um paciente foi comentada e rotulada simplesmente como “o caso é bem interessante” por um dos docentes. Noutra observação, no mesmo serviço, uma paciente foi descrita pela acadêmica de Medicina como “regredida, angustiada, com logorreia, todo dia ocorre algo fora do normal na vida dela, cada dia um evento emocionante, grande ansiedade, oligofrênica”. Nas falas seguintes, citou-se que ela era gestante, mas seu nome não apareceu em nenhuma das falas. Transpareceu a não valorização de uma mulher grávida que trazia suas ansiedades e queixas em busca de escuta qualificada e de ajuda, o que, certamente, não conseguiu.

Eventualmente, os observadores registraram atitudes agressivas e palavras rudes. Para exemplificar, no ambulatório 02, um acadêmico perguntou ao colega que chegava à porta da sala de orientação clínica se ele também esperava pelo professor. Diante da resposta positiva, o primeiro afirmou, em tom ríspido: “eu já estava esperando pelo professor, eu cheguei antes e vocês vão ter que esperar...”, ao que o segundo acadêmico respondeu: “sim, tudo bem, se é assim”, com fâcias de espanto.

No ambulatório 01, tivemos ações corporais ofensivas quando dois alunos, ao se aproximarem, taparam-se sonoramente. Um atingiu o outro nas costas e este retornou o gesto, atingindo o primeiro na perna assim que teve oportunidade. Diante de atitudes agressivas, pensa-se como poderão respeitar o outro se não há respeito entre colegas.

Durante as observações do ambulatório 04, ouviram-se vozes alteradas, vindo do corredor dos consultórios. Ali, um grupo de sete alunos discutia fervorosamente quem conduziria o aten-

dimento clínico do paciente. As vozes eram audíveis no ambiente de espera dos pacientes, próximo dali. Em tom agressivo, uma acadêmica afirmou: “tem que ser um aluno homem, dessa vez, quem vai anotar as coisas”. E o aluno respondeu: “não, eu fiz da última vez”. Ao que a aluna retrucou: “ah, sim, da última vez, do mês passado...”. Outra aluna de Medicina interveio, reforçando que um aluno deveria anotar dessa vez, e empurrou a tarefa para outro colega. Assim, discutiram por alguns minutos antes de entrarem, todos, num consultório, para só mais tarde chamar o paciente ao consultório.

Nestas relações com interferências, foram gritantes as demonstrações de falta de respeito pelo serviço, pelos docentes, pelos usuários e pelos colegas, inclusive. Percebeu-se a vontade dos alunos de se eximir de qualquer responsabilidade. Ninguém queria conduzir as consultas, pensavam apenas no fardo de capitanearem as conversas e preencherem prontuários e papéis. Assim expressou a citação de uma aluna de Medicina, dirigida aos colegas: “Tá na hora de zarpar! Tá na hora de dar tchau!”. A pressa, geralmente, vem de encontro ao bom acolhimento, à necessária criação de vínculos e aos preceitos da atenção humanizada.

Antes de os alunos iniciarem suas atividades práticas nesta unidade de saúde, observou-se que não existe um momento inicial de aproximação e apresentação entre todos os profissionais que trabalham nesta unidade, alunos e professores que transitam nestes cenários. Isto, certamente, poderia proporcionar maior qualidade e efetividade nas inter-relações entre estes atores, além de otimizar os papéis e atribuições de cada um dos profissionais deste serviço de saúde. Em raras oportunidades, registraram-se interações entre acadêmicos de graduação e funcionários da unidade de saúde, como cumprimentos ou conversas, além do minimamente necessário (ou conveniente) para os alunos.

Em linhas gerais, sentiu-se falta de maior proximidade entre todos os sujeitos envolvidos nas observações, uma vez que foram poucas as demonstrações de legítima consideração, respeito e cuidado com o outro. Os vínculos foram tênues e insuficientes para promoverem aprendizados afetivos e efetivos, bem como mudanças concretas nos processos de saúde destes usuários.

DISCUSSÃO

Ao discorrer qualitativamente sobre os preceitos de humanização e analisar os dados coletados nas saídas de campo, por meio dos eixos, categorias e subcategorias propostos, abriu-se o leque de possibilidades e de correlações entre os ideais teóricos e as realidades práticas observadas no estudo.

Não há como abordar a humanização sem falar de pessoas; não há como falar de pessoas sem contextualizá-las no tempo e no espaço; não há como conceber espaços que nada tenham de humano. A partir dessas premissas, delinearam-se os eixos de análise propostos pelo estudo: humanização e espaços; humanização e pessoas. Seria impossível abordar adequadamente humanização e pessoas sem citar os espaços de saúde por onde passam os indivíduos, sem entender os contextos nos quais as pessoas se inserem e sem conhecer os processos de formação e de atuação dos recursos humanos desses cenários.

Ao tomar como objeto de estudo os processos de ensino e aprendizagem vivenciados por alunos em cenários pedagógicos que são também unidades assistenciais, aparecem os desafios, existentes nos encontros e desencontros entre as práticas de ensino e as inter-relações nos serviços de saúde^{3,27}.

O curso de Medicina analisado propõe formar um médico generalista, crítico e reflexivo, fazendo referência aos valores humanísticos e destacando os conteúdos de ética médica e de medicina familiar e comunitária inseridos na grade curricular do curso²⁸. Ao longo dos seus dez anos de existência, algumas reestruturações em suas disciplinas já demonstraram certo grau de autonomia e de maturidade, no sentido de aprimorar a qualidade da formação acadêmica. Logo, poder-se-ia esperar que os alunos deste curso manifestassem ações e atitudes consonantes com o perfil de formação proposto por esta universidade.

Contudo, nas saídas de campo, vivenciaram-se cenas nas quais se perderam oportunidades para o estabelecimento efetivo de vínculos, interações interpessoais e realização de cuidados em saúde. Sentiu-se falta de maior proximidade entre todos os sujeitos envolvidos nas observações. Em linhas gerais, muitos comportamentos ficaram distantes dos ideais da humanização. Posturas inadequadas, isolamento de indivíduos e de grupos, faltas e atrasos sem justificativas, estigmatizações, enfoques biologicistas, com intervenções focais e sem continuidade, além de práticas interdisciplinares incipientes fizeram pensar na evidente falta de vínculos e de responsabilizações por parte de muitos alunos perante professores, colegas e usuários do serviço.

Em todos os ambulatórios, existiram inter-relações positivas, embora não tenham sido as mais frequentemente observadas, no transcorrer das saídas de campo. Estas precisam ser valorizadas como uma das mais efetivas maneiras de transmitir valores humanísticos na formação médica por intermédio de vivências em cenários de atividades práticas.

Pode-se demarcar, do ponto de vista conceitual, que um dos valores que norteiam a política de humanização é a corresponsabilidade entre os sujeitos e o estabelecimento de vínculos solidá-

rios, o que faz pensar no distanciamento entre o ideal teórico e a realidade vivenciada neste serviço de saúde. Construir pontes entre teorias humanísticas e necessidades reais dos usuários é um dos caminhos de mudança, no sentido de formar profissionais instrumentalizados para atuar, entender e sentir todas as peculiaridades do processo de saúde e doença, com ações e atitudes de humanismo, compaixão e ética^{3,17,20}.

Para que a humanização aconteça integralmente em todos os níveis de atuação, da educação médica à assistência prestada, é fundamental que ela seja realmente uma prioridade e uma atitude de todos, com ações interdisciplinares. É preciso desenvolver outras atitudes, como escuta ativa e qualificada, empatia, humildade, reflexão crítica e comprometimento, assim como habilidades intimamente correlatas, como as de comunicação, pois não se concebe interdisciplinaridade sem relacionamento, relacionamento sem comunicação, e comunicação sem atitudes¹⁹.

As interferências nas inter-relações, observadas entre os diferentes atores, exemplificaram o distanciamento e a falta de reflexão sobre a importância de como se aproximar do outro para bem acolher e prestar atenção integral à saúde do usuário. A habilidade de se relacionar está intimamente articulada com determinadas ações e atitudes de indivíduos e de grupos. Logo, o trabalho com estes grupos, no caso, de alunos, pode fazer compreender melhor os saberes já existentes na comunidade e nos serviços de saúde, o que possibilitaria o trabalho conjunto na busca de soluções para os problemas humanos e na construção de novos saberes^{19,29}.

Nas vivências observadas na unidade docente-assistencial, uma das questões mais evidenciadas foi a falta de comunicação entre os grupos de alunos e grupos de pacientes. Alunos reunidos em polos e ilhas nos espaços da unidade de saúde e que não interagem de modo algum com os usuários presentes nos ambientes de espera foram as situações mais comumente registradas. Diante dessas cenas, lembra-se a importância dos processos de comunicação, que diferenciam e unificam os grupos. Este processo se dá pela compreensão de uma linguagem que não se restringe às manifestações verbais, mas inclui a linguagem corporal e gestual².

Ao abordar as relações paciente-médico no âmbito da comunicação, indica-se a necessidade de mudanças desde o início dos tempos da graduação, para que os acadêmicos, ao se colocarem no lugar dos pacientes, possam captar as dimensões das necessidades de atenção e cuidado integral dos usuários, valorizando as dimensões humana, vivencial, psicológica e cultural dos processos saúde-doença, habitualmente menosprezadas pela visão biomédica de assistência à saúde².

No curso de Medicina analisado, os alunos só têm vivências práticas na unidade de saúde adjacente à universidade a partir

do quinto período letivo. Nos quatro primeiros semestres do curso, perdem-se oportunidades de firmar elos entre o campo teórico e as práticas que ampliem noções sobre o processo saúde-doença e as necessidades em saúde. Em consonância com a literatura, sugerem-se novos cenários e contatos precoces dos alunos de Medicina com a comunidade. Com a adesão às novas diretrizes curriculares, vários cursos de Medicina já inserem os estudantes em atividades docente-assistenciais junto à comunidade desde a primeira fase do curso. Tal medida, certamente, será um diferencial, que irá proporcionar maior desenvoltura à vivência prática de valores humanísticos em saúde^{3,28,30}.

Neste processo de reorientação, o curso de graduação em Medicina deve estar sensibilizado, motivado e comprometido para a retomada de conceitos e práticas humanísticas em seu cotidiano acadêmico enquanto política transversal³⁰. Para tanto, recomenda-se escuta ativa, conscientização e participação efetiva de todos os envolvidos nos contextos de ensino e aprendizagem, especialmente docentes e discentes, por meio da exposição dos objetivos e valores defendidos pelo curso.

Em muitos momentos, parece que se têm médicos que estão professores, ao invés de professores que são médicos. Nas observações, além de se identificarem diferenças de estilos entre os diferentes profissionais – que podem deixar nos alunos impressões positivas (exemplos a serem seguidos) ou negativas (ações e atitudes que não se desejam repetir) –, perceberam-se, em linhas gerais, poucas aplicações de técnicas de aproximação e de comunicação, situações que fazem parte de uma relação paciente-médico mais próxima do ideal.

O aprendizado da relação médico-paciente está intimamente correlacionado com os modelos profissionais nos quais a aprendizagem se fundamenta na observação de ações, atitudes e comportamentos de médicos, professores, residentes, colegas e outros profissionais da saúde. Nesta reflexão, o aprendizado aparece, para a maioria dos alunos, como *o que fazer* (modelos considerados adequados) e *o que não fazer* (modelos considerados inadequados), o que justifica a importância de sensibilizar todos os profissionais de saúde com os preceitos de humanização³⁰.

Na realidade dos serviços docente-assistenciais, são comuns situações de mensagens divergentes entre os diferentes profissionais. Alguns orientam os alunos para conduzir as demandas dos usuários com perguntas mais objetivas e direcionadas; outros orientam para conduzi-las com uma visão mais abrangente, abertura para diálogos (escutas e falas qualificadas) e maiores possibilidades para reflexões³⁰. Em contraponto a esta realidade, defendem-se projetos de educação permanente dos professores que ampliem os horizontes e resgatem as dimensões humanas

do cuidado em saúde, atingindo o duplo objetivo de qualificar o processo de trabalho e as capacidades críticas e reflexivas dos membros da rede docente²⁰.

Ao treinar os docentes para servirem de modelo em habilidades efetivas de comunicação, podem-se criar experiências educacionais relevantes para as práticas conjugadas em saúde que fomentem inter-relações mais humanas entre os sujeitos. Aperfeiçoar os professores será um importante desafio para o futuro da educação médica. É premente criar um ambiente que reforce, de maneira positiva e consistente, a importância da comunicação médico-paciente, com os docentes ajudando os estudantes a melhorarem suas habilidades. Professores que entendem o valor da comunicação efetiva são mais propensos a demonstrar e a reforçar estas habilidades^{30,31}.

Repensar a educação, inclusive trazendo recursos diversos, como o cinema e a literatura, surge como uma metodologia inovadora para colaborar na formação dos futuros médicos. Ao motivar os alunos para pesquisar, conhecer e aplicar temas diferentes, porém correlacionáveis com a formação médica, pode-se remetê-los às questões de fundo vocacional, da missão do médico e do sentido da vida, entre outras questões humanísticas^{16,32}.

Em última análise, é preciso ultrapassar velhas necessidades de exercer poder sobre os outros e romper definitivamente com a tradição de centralizá-lo nos profissionais médicos, para combater o deslocamento, nos ambientes de saúde, dos pacientes, sujeitos que sofrem por adoecimento e por falta de conhecimento de que os espaços de saúde também pertencem a eles e deveriam se estruturar para estes sujeitos, que necessitam de acolhimento, cuidado integral e vínculos, sob um novo olhar¹⁹.

Ao contextualizar os dois eixos deste estudo, humanização e pessoas com humanização e espaços, observou-se, em geral, que os espaços físicos coletivos não favoreceram interações de proximidade e atitudes humanizadas entre os sujeitos observados. Nos locais coletivos onde os pacientes se sentavam e aguardavam as consultas, como o corredor-sala de espera, o grau de conforto e de proximidade que estes geraram entre as pessoas foi mínimo, revelando-se espaços pouco aconchegantes e pouco acolhedores.

Enquanto se espera por uma consulta médica, um turbilhão de questões passa pela cabeça das pessoas. Seria, no mínimo, respeitoso oferecer um espaço de espera agradável. Este ambiente deveria ser, física e emocionalmente, acolhedor de forma suficiente para favorecer as relações entre pacientes, familiares e toda a equipe de saúde, proporcionando a formação de vínculos fortalecidos⁹.

Ao se utilizarem os ambientes coletivos como espaços estratégicos, capazes de fortalecer a proximidade entre as pessoas,

um importante instrumento de participação social que poderia ser vivenciado é a educação coletiva em saúde, mediante diálogos e troca de informações e de saberes, que podem proporcionar uma compreensão melhor das dinâmicas de saúde, para além dos cartazes observados no estudo, com tendências biologicistas e curativas.

Palestras de acadêmicos da área da saúde nos espaços coletivos para os usuários em espera de atendimento, murais interativos, com a participação dos profissionais de saúde e da população, enquanto um espaço de aproximação e de comunicação entre as pessoas, com efetiva participação social, e outros murais e cartazes, com informações reorientadas para a vigilância em saúde, poderiam ser canais de aproximação entre a formação acadêmica e o serviço assistencial, entre os alunos e os usuários destes espaços. Seria importante transformar todos estes cenários coletivos em espaços saudáveis, com notícias, informações e orientações, voltadas ao bem-estar e à melhoria das condições de educação e de saúde das pessoas.

CONCLUSÕES

Apesar dos avanços tecnológicos e da supremacia, ainda vigente, dos modelos cartesianos na formação e na atenção em saúde, a medicina tem falhado no sentido de melhorar a saúde das populações. As deficiências do atual sistema e as raízes destas, nas estruturas conceituais que servem de suporte às teorias e às práticas médicas, já são reconhecíveis por muitos profissionais dotados de maior senso crítico e reflexivo⁷.

Repensar os modelos de atuação e de educação médica e focar os olhares numa unidade docente-assistencial, analisando ações e atitudes de sujeitos em cenas cotidianas de ensino e de aprendizagem, revelaram facetas de um desafio. A transição de um modelo biologicista para outro, que revaloriza os aspectos humanísticos, revelou os diferentes compassos entre teorias e práticas, propostas e realidades.

O processo de humanização é amplo e complexo, e gera diversas resistências, por requerer a compreensão do conceito por todos e envolver mudanças de comportamento. Existem fatores ligados às instituições de ensino e aos serviços de saúde. Para que cada um destes determinantes se efetive, todas as instâncias – gestão, atenção e formação – devem estar envolvidas, por intermédio de profissionais, acadêmicos, docentes de todas as disciplinas e gestores de ensino e de assistência em saúde³¹.

Fazer as instituições formadoras de recursos humanos em saúde assumirem, enquanto missão institucional, um perfil humanista de educação é um grande desafio, pois a humanização supõe desenvolvimento de novos valores, habilidades, compe-

tências e atitudes, em vários níveis e cenários de atuação, para oferecer respostas satisfatórias aos complexos e dinâmicos problemas da vida social. O curso de Medicina analisado menciona, em seu projeto pedagógico, o objetivo de formar um profissional generalista, crítico e reflexivo, com formação embasada numa concepção integral de saúde, para atuar na promoção de saúde do cidadão²⁸. Contudo, há um distanciamento efetivo entre os valores defendidos na teoria e os que são vivenciados nas práticas conjugadas em saúde.

Estimular e revalorizar os docentes conforme os preceitos da humanização seria um caminho a se construir, de maneira contínua, em todos os cursos de Medicina e nos espaços de ensino e aprendizagem. Profissionais conscientes e comprometidos com a formação de futuros médicos poderiam refletir, em suas vivências, exemplos humanísticos, que, posteriormente, seriam repetidos pelos egressos. Por sua vez, alunos bem acolhidos, valorizados e inseridos de forma precoce nos espaços de atividades práticas poderiam resgatar e praticar conceitos de vínculo e comprometimento nas interações humanas no cuidado em saúde.

Nas observações realizadas no presente estudo, a maioria das inter-relações captadas nos espaços coletivos de uma unidade docente-assistencial evidenciou interferências entre os atores e, também, dos espaços físicos, o que resultou em distanciamento e isolamento entre os grupos de sujeitos e até em atitudes ofensivas, verbais e corporais entre colegas. O senso crítico dos observados pareceu ser pouco exercitado, pois, durante as atividades práticas acompanhadas, raramente foram presenciados momentos de reflexão sobre as demandas vivenciadas. Os ambientes físicos, com suas disposições, adaptações e informações, não foram plenamente acolhedores ou facilitadores de processos de cuidado e de educação em saúde.

Fizeram o contraponto algumas cenas de proximidade entre indivíduos, como alunos que acolheram seus pacientes nos momentos de chamá-los à consulta ou que demonstraram interesse e respeito por suas histórias de vida. Alguns docentes interagiram de maneira acolhedora e humanizada com seus alunos ou com os usuários nos espaços coletivos e de discussão de casos. O ambulatório que faz alunos de Medicina interagirem com alunos de Psicologia destacou-se por fazer viver a interdisciplinaridade na prática dos serviços de saúde, em consonância com as exigências dos novos tempos.

Os profissionais da saúde deveriam entender os caminhos que fazem uma pessoa procurar um serviço assistencial e os significados implícitos e explícitos dos desequilíbrios de saúde, manifestos por linguagens e símbolos próprios. Profissionais

instrumentalizados podem perceber e decodificar adequadamente estas significações em suas práticas³³.

Para a construção continuada de um curso de Medicina aberto e sintonizado, contemporâneo às atuais demandas das populações e às perspectivas de humanização, registram-se algumas sugestões. Estimular a aproximação precoce entre acadêmicos, docentes, profissionais da equipe de saúde e usuários dos serviços seria um dos caminhos para a construção de vínculos e de laços efetivos de humanização. Deveriam ser revalorizadas as reuniões de avaliação das atividades docente-assistenciais realizadas neste curso de graduação, para integrar todos estes sujeitos. Repensar as estruturas físicas da unidade observada, em articulação com profissionais de áreas afins, seria vital para transformar ambientes desconfortáveis e neutros em espaços saudáveis, acolhedores e receptivos para todos os sujeitos que interagem nesses cenários³⁴.

Com essas considerações e sugestões, pretende-se fazer uma aproximação entre os discursos e as teorias sobre humanização na formação e na assistência médica, e transformar os valores em ações e atitudes nas práticas conjugadas em saúde. Com a aplicação efetiva de novos valores na formação médica, combatem-se as velhas atitudes, biologicistas, distanciadas e estanques, que ainda se perpetuam nos modelos de ensino e aprendizagem adotados por um considerável número de escolas médicas brasileiras.

Em última análise, a grande tarefa da medicina no século 21 será redescobrir a pessoa e revelar o poder do próprio indivíduo, ao mesmo tempo em que se encontram as origens de suas angústias, missão para a qual os valores humanísticos se tornam ferramentas fundamentais³⁵. Nesse caminho, a prática docente pode ser profundamente formadora, transformadora e humanizadora, pois todos os professores deixam marcas em seus alunos, sejam elas boas ou ruins¹⁸. 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”³⁶.

REFERÊNCIAS

1. Haddad AE, Pierantoni CR, Ristoff D, Xavier IM, Giolo J, Silva, LB, organizadores. A trajetória dos cursos de graduação na saúde 1991-2004. Brasília (DF): INEP; 2006.
2. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(3): 647-54.
3. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2005;29(2): 136-46.

4. Mendes EV. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte (MG): PUC-MG / FINEP; 1984.
5. Pagliosa FL, Da Ros, MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(4): 492-9.
6. Brasil, Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde PROSAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
8. Maeyama MA. A construção do acolhimento: a proposta de mudança do processo de trabalho em saúde do município de Bombinhas. Bombinhas (SC): Secretaria Municipal de Saúde de Bombinhas; 2007.
9. Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(1): 21-30.
10. Ferreira ABH. Novo dicionário eletrônico Aurélio século XXI [CD-ROM]. Rio de Janeiro: Lexicon informática / Nova Fronteira; 2000.
11. Knobel E. *Conduitas no paciente grave.* São Paulo: Atheneu; 2006.
12. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface.* 2005; 9(17): 389-406.
13. Brasil, Ministério da Educação. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2001.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Oficina nacional HumanizaSUS: construindo a política nacional de humanização. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2003.
15. Brasil, Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2004.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
17. Delors J. *Educação: um tesouro a descobrir.* 10. ed. São Paulo: UNESCO; 1996.
18. Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Humano demasiado humano: bioética e humanização como temas transversais na educação médica. *Cadernos da ABEM.* 2007; 3: 24-33.
19. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* São Paulo: Paz e Terra, 2003.
20. Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface.* 2005; 9(18): 521-36.
21. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais – a pesquisa qualitativa em educação.* São Paulo: Atlas; 1987.
22. Malinowski B. Objeto, método e alcance desta pesquisa. In: Malinowski B. *Desvendando máscaras sociais.* Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves; 1975. p. 39-63.
23. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.* Petrópolis: Vozes; 2003.
24. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco; 2006.
25. Alonso ILK. *Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar.* Programa de pos graduação em enfermagem, UFSC, 2003.
26. Bogdan R, Biklen S. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução a teoria e aos métodos.* Porto: Porto; 1991.
27. Bardin L. Organização da análise. In: Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 1977. p. 95-132.
28. Carvalho SR, Garcia RA, Rocha DC. O ensino da Saúde Coletiva no curso médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde. *Interface.* 2006. 10(20); 457-72.
29. Universidade do Vale do Itajaí, Curso de Medicina. Projeto pedagógico do curso de medicina 2007 – 2008. Itajaí: UNIVALI / CCS; 2007.
30. Cutolo LRA, organizador. *Manual de terapêutica assistencial a família.* Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina; 2006.
31. Grossemann S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(3); 301-8.
32. Blasco PG, Gallian DMC, Roncoletta AFT, Moreto G. Cinema para o estudante de medicina: um recurso afetivo / efetivo na educação humanística. *Rev Bras Educ Med.* 2005; 29(2); 119-28.
33. Capra F. *O ponto de mutação.* São Paulo: Cultrix; 2001.
34. Knobel E. *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves.* São Paulo: Atheneu; 2008.
35. Cassel E. *The nature of suffering and the goals of medicine.* Oxford: Oxford University Press; 1991.

36. Blasco PG. Medicina de família e cinema: recursos humanísticos na educação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Apoio

Financiada pelo Programa Integrado de Pós-Graduação e Graduação (PIPG) da Univali entre 07/2007 e 06/2008.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Mara Cristina Binz participou da coleta de dados em campo, das construções de análises e reflexões desta pesquisa e é autora principal do texto deste artigo. Eliezer Walter de M. Filho participou da coleta de dados em campo, das construções de análises e reflexões desta pesquisa e é coautor do texto deste artigo. Rosita

Saupe orientou a coleta de dados e a análise qualitativa, contribuiu na elaboração dos resultados da pesquisa e é co-autora do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mara Cristina Binz
Rua 1107, 107 – apto 1.501
Centro - Balneário Camboriú
CEP. 88330-777 SC
E-mail: macrisbin@gmail.com