

EXPERIÊNCIAS DE HUMANIZAÇÃO POR ESTUDANTES DE MEDICINA

HUMANIZATION EXPERIENCES FOR STUDENTS OF MEDICINE

Maria Alice Amorim Garcia¹

Fernanda Proa Ferreira²

Fernanda Avenoso Ferronato³

Resumo Tendo em vista as dimensões da humanização na atenção e formação do profissional de saúde, as reformas curriculares implantadas nacionalmente e a experiência de reestruturação do projeto pedagógico da faculdade em estudo, esta pesquisa objetivou analisar as percepções de discentes de medicina referentes às experiências que possibilitaram o desenvolvimento de conteúdos, habilidades e comportamentos voltados à humanização. Procedeu-se a um estudo de caráter qualitativo, com base nas narrativas de vivências significativas de cuidado e acolhimento, de 63 estudantes do segundo e do quarto anos. A análise embasou-se no conteúdo simbólico das redações, enfocando aspectos pedagógicos, psicológicos e éticos. Buscou-se ampliar a diversidade de pontos de vista e valorizar as mensagens que demonstravam percepções, impressões e intuições. Constataram-se como marcantes, principalmente, as atividades práticas que acontecem em diferentes cenários, quando se propicia aos discentes o acompanhamento, a responsabilização e o contato com o sofrimento perante a doença e a morte. Por meio de modelos docentes e profissionais, ou na relação direta com pacientes e famílias, tais situações criam movimentos de perturbação e desassossegos que implicam possíveis sentidos à humanização.

Palavras-chave SUS; humanização da assistência; aprendizagem; estudantes de medicina; relações médico-paciente.

Abstract Given the dimensions of humanization in both the care and in the training of health professionals, the curriculum reforms implemented nationally and the educational project restructuring experience at the school under review, this article sought to analyze the medical students' views regarding the experiences that enabled them to develop content, skills and behaviors aimed at humanization. The authors conducted a qualitative study among 63 sophomore and senior students based on their accounts of significant experiences involving care and receptivity. The analysis was based on the symbolic content of the essays and focused on educational, psychological and ethical aspects involved. An attempt was made to broaden the diversity of viewpoints and add value to messages that showed perceptions, impressions and intuitions. It was shown that most striking ones were practical activities that took place in different scenarios, when students were required to monitor, assigned responsibilities related to, and came into contact with suffering caused by disease and death. By employing academic and professional models, or in the direct relationship with patients and families, such situations create movements of disturbance and unrest and direct possible senses towards humanization.

Keywords NHS; humanization of care; learning; medical students; doctor-patient relationships.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) confronta-se com entraves relativos à humanização, entre os quais a fragilidade do vínculo entre trabalhadores e usuários, relações de trabalho precárias, pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços e o despreparo dos profissionais para lidar com questões subjetivas, aspectos que comprometem a qualidade do atendimento e mantêm o profissional refém de condições inadequadas que lhe imputam desgaste e sofrimento psíquico (Deslandes, 2004; Hennington, 2008).

A origem do processo de humanização, no Brasil, perpassa o movimento de Reforma Sanitária direcionado à construção de uma consciência de cidadania. Como discutido por Heckert, Passos e Barros (2009), a humanização apresenta-se como um conceito polissêmico, permeado por imprecisões, comportando diversos enunciados relativos a distintas práticas de gestão e de modelos de atenção.

Na revisão feita por Benevides e Passos (2005, p. 391), teríamos, inicialmente, a aplicação de um “conceito-sintoma” segmentado por áreas e níveis de atenção, identificado ao exercício de certas profissões e características de gênero, orientado por exigências de mercado enfocados no cliente e na garantia da “qualidade total nos serviços” e definido pelo “bom humano”, como figura ideal que regularia as experiências concretas.

Entre os sentidos relacionados a esse conceito, encontram-se aqueles que designam a humanização, como tratar com respeito, carinho, amor, empatia; capacidade de colocar-se no lugar do outro e aceitá-lo; acolhimento; diálogo; tolerância; tratar com respeito e educação; aceitar as diferenças; ou seja, resgatar a dimensão humana nas práticas de saúde (Heckert, Passos e Barros, 2009).

Em contraposição a essa idealização do humano, vem-se construindo o “conceito-experiência” que redefine a humanização a partir de um “reencantamento do concreto”, ou seja, do “SUS que dá certo” (Benevides e Passos, 2005, p. 392). Orientado pelos princípios do SUS e comprometido com mudanças efetivas e reais, têm-se por desafio mudanças nos processos de subjetivação, isto é, na experiência concreta de sujeitos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde.

Nesse conceito, evocam-se outros sentidos, tais como melhoria da capacidade dialógica entre todos os sujeitos, acolhimento resolutivo, participação no SUS, corresponsabilidade, inclusão, controle social, ética, oposição à violência (seja ela física, seja psicológica ou simbólica), não discriminação, qualidade como aliança entre o uso de alta tecnologia, o cuidado e o bom relacionamento na assistência e o oferecimento de melhores condições de trabalho (Deslandes, 2004; Heckert, Passos e Barros, 2009).

Enfrentando questões hipercomplexas, a humanização apresenta-se como uma política com princípios, diretrizes e dispositivos, acionados por um

método caracterizado pela tríplice inclusão: de pessoas, coletivos e movimentos sociais e pela “perturbação e tensão que estas inclusões produzem nas relações entre os sujeitos nos processos de gestão e de atenção, tomados como indissociáveis” (Pasche, 2010, p. 66). É justamente este “movimento de perturbação” que permite a produção de mudanças nos modos de gerir e cuidar, como também nos processos de formação.

A Política Nacional de Humanização orienta os processos de formação, indicando o desenvolvimento das seguintes estratégias (Heckert, Passos, Barros, 2009, p. 498; Pasche, 2010, p. 68-70):

- a formação é intervenção e a intervenção é formação, o que pressupõe o exercício prático de experimentação no cotidiano dos serviços de saúde em situações reais e concretas que permitam o intercâmbio e a disposição para levar e buscar conhecimentos, teorias e experimentações entre os sujeitos;
- a articulação entre gestão e atenção, entre clínica e política, formando cidadãos-trabalhadores da saúde, com capacidade para construir novas realidades institucionais e novas práticas, mais eficazes, justas e igualitárias, num exercício que não se restrinja ao mundo das ciências biomédicas ou, simplesmente, associe disciplinas humanísticas;
- o trabalho em equipe, ou seja, a experimentação no campo da organização do trabalho, possibilitando a articulação entre saberes e a produção de trocas entre os distintos trabalhadores da saúde, produzindo melhores respostas para casos singulares, em uma rede afetiva de trabalho partilhado, plural, criativo e eficaz;
- a atuação em redes de cuidado, tendo a atenção primária como eixo substantivo.

Essas estratégias que acontecem em cenários de prática permitem o desenvolvimento de processos relacionais/comunicacionais inerentes à atuação profissional e fundamentados na multiprofissionalidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade. A comunidade caracteriza-se por ser um espaço em que se cruzam diversas referências que vão dar origem a saberes distintos daqueles que circulam nas instituições de ensino, tais como sentimentos, atitudes, cooperação, solidariedade e responsabilidade social (Alves et al., 2009; Campos e Forster, 2008; Fagundes e Burnham, 2005; Garcia, 2001).

Desenvolvendo o conceito de humanização, falamos de um trabalho vivo executado mediante a relação entre sujeitos, em espaços intercessores de desenvolvimento de tecnologias leves (das relações do trabalho vivo) que possibilitam a criação de vínculos e permitem o acolhimento e o fortalecimento dessas relações, conduzindo a maiores ganhos de autonomia e responsabilização dos sujeitos (Merhy, 1997).

Assim, não basta o ensino da comunicação, pois esta não garante a compreensão humana, crucial para a construção da solidariedade e da ética, a qual demanda compreender de modo desinteressado, argumentando e refutando

em vez de acusar, condenar ou desculpar, buscando que se compreenda a incompreensão que inclui a incompreensão de si mesmo (Morin, 2001).

Como discutido por Rego, Gomes e Siqueira-Batista (2008), as condições e oportunidades da interação dos indivíduos no meio social são determinantes do desenvolvimento da competência ética e moral, o que confere grande responsabilidade aos sistemas de educação e de saúde. Embora constante nas diretrizes curriculares nacionais (DCN) (Brasil, 2001), em geral as instituições de ensino superior tratam a formação moral como se ocorresse naturalmente em decorrência da formação técnica. O pensar e agir moral é, essencialmente, um saber prático: um saber para atuar como agente racional autônomo, ou seja, como humano.

A percepção da prática, apenas como local de 'reconhecimento' de problemas já traduzidos instrumentalmente, visando ao consumo cognitivo de algum conteúdo, deixa de lado a necessidade de pensar, de desentranhar o sentido de uma experiência nova e os caminhos de uma ação por fazer: "se temos como prática o costume de apenas nos instalarmos de forma segura em nossas teorias e idéias, que nem sempre têm possibilidade de acolher o novo, teremos muita dificuldade de aprender a enfrentar as incertezas do mundo" (Morin, 2001, p. 94). Aprender a lidar com as incertezas, com o imprevisível, traz a necessidade de um certo 'luto' da vontade do 'domínio absoluto' do outro e da própria natureza (Fagundes e Burnham, 2005; Fischer et al., 2006).

Assim, práticas de formação conectadas ao processo de trabalho configuram "práticas de desassossego" que indagam as evidências que nos constituem e contrapõem-se a "práticas apaziguadoras", que não veem perspectivas de interferência nos dilemas que vivemos no presente (Heckert e Neves, 2010, p. 24).

Apesar das propostas de transformações nos currículos e no ensino, as mudanças na educação médica têm esbarrado na resistência a modificações por parte dos docentes e estruturas acadêmicas. A identidade profissional dos professores costuma estar centrada nas especialidades científicas, e a prática docente restringe-se, geralmente, à reprodução dos modelos considerados válidos, aprendidos anteriormente como aluno e a sua experiência prática cotidiana (Alves et al., 2009; Binz, Menezes Filho e Saube, 2010; Costa, 2007; Nogueira da Silva e Ayres, 2010; Souza, 2001).

Tais características do corpo docente implicam a dissolução da perspectiva humanista dos ingressantes das escolas médicas ao longo da trajetória do curso (Coelho Filho, 2007; Dini e Batista, 2004; Quintana et al., 2008). Há uma incompatibilidade entre o ideal romântico enunciado no discurso de humanização e uma prática normalizada sem romantismo (Souza, 2001). O conjunto de frustrações de expectativas, desejos e sonhos acaba por conformar um profissional cético quanto à possibilidade (e necessidade) de

uma prática médica humanizada. “O que resta ao homem depois que seus sonhos (ou parte deles) vão embora? O que fazer de verdadeiramente humano quando os sonhos são dissolutos?” (Coelho Filho, 2007, p. 631).

A humanização pode ser assegurada ao mostrar-se indispensável aos bons resultados que o profissional deseja de si mesmo em seu trabalho, ou seja, na recuperação do desejo e do prazer de cuidar, quando a necessidade de bem cuidar for sentida como uma disposição que pode mover o desejo de aprender um outro jeito de ser e fazer o encontro clínico no campo intersubjetivo (Rios, 2007).

Portanto, fazendo nossa a pergunta de Rios (2007):

(...) em uma realidade cheia de fraturas, como a dos tempos atuais, como provocar outra ordem de desejo nos alunos que faça brotar na alma o interesse por essa maneira mais inteira de ser médico? (...) Ou mesmo uma maneira mais inteira de ser? (Rios, 2007, p. 630).

Tendo em vista as dimensões que o tema da humanização em saúde tem atingido, as reformas curriculares implantadas nacionalmente e a experiência de reestruturação do projeto pedagógico da faculdade em estudo, esta pesquisa objetivou analisar as percepções e impressões dos discentes referentes às experiências que permitiram o contato e um possível desenvolvimento de conteúdos, habilidades e comportamentos voltados à humanização.

Metodologia

O estudo em questão fez uso de uma casuística de 63 discentes de medicina do segundo e do quarto anos, de um total de 176 matriculados nestes períodos. Os critérios de escolha dos indivíduos foram: a vinculação a um sistema (faculdade) na fase pré-profissionalizante, na qual os alunos haviam experimentado vivências em serviços; a concordância em participar e a disponibilidade de tempo para responder ao roteiro, caracterizando uma amostra de tipo proposital. Foram incluídos aqueles que se dispuseram a responder ao roteiro e excluídos os que não se encontravam presentes no momento da aplicação, não se interessaram em participar ou entregaram o instrumento em branco. A não preocupação com a aleatoriedade da amostra é explicada pela abordagem qualitativa empregada, cujo objetivo não foi analisar o comportamento matemático do fenômeno na população, mas os diversos e livres tipos de significação e associações (Turato, 2003).

O roteiro, composto por questões estruturadas e uma narrativa, foi aplicado em sala, em intervalos de aulas, no período de abril a maio de 2009, sendo respondido por escrito e entregue em seguida. Constava de um quadro

que objetivava descrever o perfil sociodemográfico dos respondentes e aspectos de sua inserção na faculdade (ver perfil em resultados), seguido de curta explanação acerca das DCN (Brasil, 2001) e a indicação do relato de ‘uma situação de cuidado e acolhimento significativa’.

Procedeu-se à análise das redações pela temática de seu conteúdo simbólico, enfocando os aspectos pedagógicos, psicológicos e éticos, seguindo as etapas: leitura de todo o material para a ‘impregnação’ do conteúdo, procurando desvelar mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas; nova leitura para a construção das categorias e subcategorias; leitura transversal de cada relato para a diferenciação dos tópicos, seguida de seu reagrupamento utilizando os critérios de repetição ou de relevância; validação externa por meio de sua contextualização; apresentação do *corpus* do material de forma descritiva e com falas ilustrativas, preparado para a discussão; estudo de todo o material com base nas referências teóricas e no contexto (Ludke e André, 1986; Turato, 2003).

Por meio da leitura do material pelos três pesquisadores, procurou-se ampliar a diversidade de pontos de vista em busca de consensos e dissensos, valorizando-se as mensagens que traziam conhecimentos formais, como também e, principalmente, as que demonstravam percepções, impressões e intuições.

Resultados e discussão

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, para melhor interlocução com os demais autores e contextualização dos temas que surgiram dos resultados, estes são apresentados de forma descritiva, concomitantemente à discussão, buscando a linearidade do texto e o prestígio do conteúdo das narrativas dos participantes.

Inicia-se situando brevemente o perfil dos respondentes e segue-se desenvolvendo tópicos referentes às estratégias pedagógicas narradas pelos alunos como significativas para a humanização, destacando-se os modelos docentes, cenários de ensino, diferentes realidades, situações de sofrimento e as experiências potencializadas pela clínica ampliada e vínculo.

Dentre as narrativas, houve estudantes que referiram ausência de situações marcantes: “não tenho relato de nenhuma vivência significativa a ponto de considerá-la importante para minha formação (Discente 37)”; o que pode ser explicado pelo período da graduação em que estavam inseridos: “não me recordo de nenhuma experiência significativa, dado o curto tempo de curso. Ainda estou no 3º período, porém tenho achado muito importante o contato precoce com o hospital público e toda a problemática envolvida com o SUS” (D-12).

Perfil dos participantes da pesquisa

O perfil dos 63 respondentes apresenta as seguintes características: média e mediana de 23 anos (moda de 24 e variância de 19 a 31 anos), sendo 45 mulheres e 18 homens; 32 com referência a pais ou familiares médicos (sendo 18 os pais, 12 tios, nove primos e seis os avós) e opção profissional futura, principalmente, nas áreas de cirurgia, clínica médica e pediatria; 12 com experiência anterior em atividades profissionais e cinco com outros cursos de graduação (fisioterapia, direito, nutrição, psicologia e biologia); 55 realizaram de um a quatro anos de cursos pré-vestibulares; 53 referiram envolvimento em atividades extracurriculares: ligas acadêmicas (38), monitorias (18), iniciação científica (dez), projetos de extensão (nove) e diretório acadêmico (dois).

Estratégias pedagógicas significativas

Os exemplos de situações marcantes vivenciadas pelos discentes na graduação como potencializadoras da humanização foram muito diversificados, relacionados, principalmente, com atividades práticas em serviços, no contato com pacientes, famílias e comunidades, especialmente na rede básica, corroborando a literatura (Alves et al., 2009; Ashley et al., 2008; Campos e Forster, 2008; Diemers et al., 2008; Ferreira, Silva e Aguer, 2007; Gonçalves e Moraes, 2003; Kamalski et al., 2007).

O que é mais expressivo e marcante é o contato direto com o paciente nas aulas práticas (...) estas situações marcam a vida do aluno. Ele nunca mais esquece e aprende com o que viu (D-39).

A aproximação precoce com pacientes desperta ainda mais o nosso desejo pelo curso e profissão, além de incentivar os estudos (D-67).

Estar em situações que mimetizam a futura rotina da profissão funciona como estímulo para o aprofundamento do estudo, além de possibilitar a vivência e o aprendizado da relação médico-paciente em suas exigências comportamentais, éticas e de habilidades (Alves et al., 2009; Diemers et al., 2008; Rego, Gomes e Siqueira-Batista, 2008).

Acompanhei semanalmente, no 3º ano, uma criança com dificuldades para ganhar peso. Definido o diagnóstico, passou a se desenvolver normalmente. Lembro-me do caso, pois acompanhei do início ao fim, com terapêutica efetiva (D-59).

Os discentes valorizaram, principalmente, a possibilidade de experienciar o processo saúde-doença da prevenção à reabilitação, por meio do acompanhamento de pacientes (Alves et al., 2009; Ashley et al., 2008; Kamalski et al., 2007).

No ambulatório de pediatria foi instituído um tratamento x, e uma semana após o paciente voltou com piora do quadro e efeitos colaterais relacionados à medicação. Felizmente, identificamos, desta vez, o diagnóstico correto. Pode parecer um relato de erro médico, mas aprendi que o diagnóstico não poderia ter sido feito na semana anterior por conta do quadro clínico, e a parte que mais me motivou foi a observação da evolução da doença, diagnóstico e tratamento (...) pude vivenciar todo o raciocínio clínico (D-49).

Como descrito no exemplo, nessas intervenções/formações, assumindo casos que saem do papel para situações reais, os estudantes aproximam-se de questões médico-sociais e conceitos complexos, como o da “demora permitida” (Kloetzel, 2004, p. 134), que demandam reflexões e a integração entre teoria e prática, a qual exige do docente experiência, disponibilidade e interesse (Anjos et al., 2010; Costa, 2007; Fagundes e Burnham, 2005).

Nota-se que se apresentam ao estudante situações que possibilitam perceber as pessoas e seus problemas, desenvolvendo senso crítico para as situações de sofrimento – como no caso a seguir, o constrangimento a que os pacientes são expostos nos serviços docente-assistenciais:

A dúvida que surge é se podemos ‘usufruir’ do paciente para aprender. Até que ponto a pessoa enferma, com dores, tem que ‘ajudar’ um, cinco, dez, vinte alunos e professores a aprender anamnese, exame físico e outros procedimentos (D-67).

Questionamentos, tais como a inadequação da enfermaria como espaço de ensino, apresentam-se como movimentos de perturbação no sentido da humanização (Heckert e Neves, 2010; Quintana et al., 2008; Pasche, 2010).

A discussão de caso na frente do paciente não é uma boa experiência, depende da forma como é conduzida e do profissional que a faz, uma vez que se invade a privacidade do paciente e se discute algo que é motivo de muita preocupação para ele, de forma fria e técnica, muitas vezes ignorando sua presença e tratando-o como um boneco (D-51).

Modelos docentes

Como estratégia pedagógica, o modelo docente foi o mais enfatizado pelos estudantes. É observando, principalmente, os médicos de mais experiência

e os mais próximos que o discente aprende sobre o trato com os pacientes. Nesse currículo oculto, forma-se o caráter do futuro profissional (Alves et al., 2009; Costa, 2007; Fischer et al., 2006; Rego, Gomes e Siqueira-Batista, 2008; Souza, 2001).

Durante as aulas no hospital, o relacionamento do preceptor com o paciente me impressionou, pois havia uma relação próxima e de interesse, como dificilmente se vê num consultório particular. O paciente se sentiu à vontade para contar suas aflições, e o professor parecia interessado em todos os aspectos (D-85).

Um professor me disse que para sermos bons estudantes deveríamos ‘vestir a camisa’. A partir daquele dia eu compreendi melhor a responsabilidade que temos, bem como a capacidade de ajudar, desde já, os pacientes que procuram esperança, amparo, carinho e cura (D-7).

Entretanto, boa parte dos exemplos citados não foi positiva:

Já presenciei coisas boas como ruins, porém as ruins marcam mais. O que mais me incomoda é ver os professores tratando mal os pacientes: falando em inglês com os alunos, repreendendo-os em público, dizendo na frente do paciente que aquele assunto seria visto no capítulo de “Tumores”, não explicando o que ele tem, informando-o que teria que operar em um mês e mandando-o ir para casa (D-44).

A capacidade de relacionamento interpessoal é aprofundada, na medida em que o discente questiona o exemplo (bom ou mau), aceitando ou não seu modo de agir (Alves et al., 2009; Costa, 2007; Coulehan, 2010; Fischer et al., 2006; Souza, 2001).

No estágio de ginecologia, uma paciente de 24 anos, na sua terceira gravidez, perguntou a determinado professor se poderia fazer laqueadura. O médico disse, rispidamente, que não, pois o marido poderia largá-la e ela, muito nova, desejar casar novamente e ter outros filhos. O médico não deu outra alternativa à pessoa (D-6).

No ensino-aprendizagem por meio de modelos docentes, opera-se com base em teorias que parte dos professores desconhece. Há uma formação incidental adquirida de forma não reflexiva como algo natural e que escapa a críticas e transforma-se em conceitos espontâneos sobre o que e como se deve ensinar. A improvisação limita a discussão e a reflexão sobre as práticas executadas e, com isso, a possibilidade de enriquecimento teórico e ampliação da visão de mundo do docente e do discente (Costa, 2007; Dini e Batista, 2004; Nogueira da Silva e Ayres, 2010).

Referendando essa análise, apresentam-se exemplos do não embasamento do ensino na integralidade do cuidado e de reprodução de padrões assimilados irrefletidamente. Os alunos vivem o conflito entre a identificação com o paciente e a aprovação pelos seus pares (colegas e docentes) (Souza, 2001).

Acredito que a maioria dos professores não tem a visão do paciente como um ser humano considerando suas expectativas, medos e sentimentos. Isso é perceptível nas aulas que envolvem a participação do paciente, quando o professor apenas indica o que se deve fazer: ausculta, palpação ou a história. Falta, às vezes, educação, compaixão e interesse no bem-estar da pessoa. Assim, quando me dou conta, estou atendendo e seguindo o mesmo caminho (D-36).

As questões que envolvem as relações médico-paciente se reproduzem nas relações interprofissionais:

Vemos com frequência o desrespeito dos médicos e estudantes de medicina em relação a pacientes ou profissionais como enfermeiras, nutricionistas etc. Esse panorama cria certa resistência por parte desses profissionais em relação aos médicos, dificultando a interação interdisciplinar (D-55).

De qualquer forma, apresentam-se como “práticas de desassossego” (Heckert e Neves, 2010, p. 24).

Impõe-se à escola a revisão de papéis e das relações entre professores, discentes, usuários e equipes. Espera-se que o professor seja um mediador, ouça e dialogue; instigue a reflexão das vivências; invista nas interações privilegiando a troca de saberes e a articulação entre o saber acumulado e questões a serem investigadas; possibilite a ‘transposição de mundos’, estimulando a mudança dos sentidos dados às coisas, ao olhar para o espaço contíguo e distinto marcado pela presença do outro (Ashley et al. 2008; Fagundes e Burnham, 2005; Garcia, 2001; Morin, 2001).

Cenários de ensino

A experimentação do vínculo entre discente-docente-usuário-equipe acontece, segundo os entrevistados, desde o início do curso:

Primeiro ano: visita à residência de uma família acompanhada pela UBS. Foi o primeiro contato com a medicina e interessante perceber como o paciente se relaciona com a figura do médico. Segundo ano: na semiologia acompanhamos os pacientes à beira do leito: não foi uma experiência muito gratificante, pois parecia que estava me aproveitando da situação para treinar medicina. Sentia como se

incomodasse, mesmo que o paciente fosse receptivo ao meu trabalho. Terceiro-quarto anos: o atendimento ambulatorial trouxe uma nova concepção da medicina, diferente da enfermaria, pois a relação é de auxílio e não de exploração (D-3).

Como narrado, nem sempre a experiência é produtiva, corroborando o estudo de Fagundes e Burnham (2005), que revelou não bastar definir novos locais de ensino, mas exercitar a reflexão sobre a prática.

Os ambulatorios e as UBS foram os espaços de ensino mais citados:

No primeiro ano, pude saber de que forma os moradores se relacionam com a UBS. A moradora que visitei era acompanhada regularmente por agentes de saúde, pois seu marido tinha Alzheimer. Esta senhora nos deu um relato muito emocionante sobre seu sofrimento (D-58).

O ensino em cenários de práticas traz a valorização de saberes (re)construídos na experiência de interação entre as pessoas, tendo-se como aprendizagens: as habilidades de comunicação (falar e escutar), incluindo-se o esforço de ‘driblar’ a assimetria entre a linguagem técnica e a leiga; o aprender a se relacionar e a acolher o outro; a percepção dos saberes próprios das pessoas; o gerir situações que ocorrem no cotidiano do trabalho; a resolução de problemas com criatividade; a compreensão dos limites e das possibilidades da atuação profissional (Anjos et al., 2010; Campos e Forster, 2008; Dubé, O’Donnell e Novak, 2000; Ferreira, Silva e Aguer, 2007).

Integra-se a apreensão de tecnologias leves (Merhy, 1997):

Quando estava no primeiro ano, no Centro de Saúde (CS), veio uma paciente esquizofrênica dizendo que toda vez que via os jalecos brancos dos internos ela sentia-se acolhida, pois foi o único local que a tratou e não a internou ou a amarrou (D-70).

E tecnologias duras e leve-duras (Merhy, 1997):

Achei interessante a história de um paciente que estava no PS, aguardando resultados de exames quando enfartou. Foi socorrido imediatamente e só sobreviveu devido à agilidade dos médicos (D-84).

A atuação do docente no ensino em serviço é facilitada pela equipe e pelos residentes:

Na enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia, a professora solicitou minha presença junto à residente que encontrava-se esclarecendo a condição de uma paciente: 19 anos, primigesta com gravidez programada e aborto em curso. Após escuta dos

batimentos fetais, a paciente não conseguia entender ou aceitar que o feto tinha mínimas condições de vida. A residente, da melhor forma possível, explicou a situação e a acolheu (D-63).

Foram citadas também atividades extracurriculares, como espaços de formação para a humanização (Gonçalves e Moraes, 2003):

Faço visitas semanais no hospital, vestida de palhaça pelo projeto PED-Riso, em que a interação e as brincadeiras com as crianças buscam aliviar a dor e a tensão hospitalar (D-83).

Na liga de pediatria, a médica responsável pela aula de mucopolissacaridose foi exemplo de humanidade e dedicação aos pacientes e à medicina. Mostrou, em suas atitudes, o amor, a dedicação, preocupação e cuidado com pacientes especiais, criando grande vínculo e ajudando-os a enfrentar a situação causada pela patologia e o tratamento, tão cansativo e com caráter apenas paliativo em alguns casos (D-52).

Diferentes realidades

Situações de contato com as diferentes realidades dos usuários foram enfatizadas como agregadoras de valores e conhecimentos:

A visita à família, à comunidade e região coberta por um CS, no primeiro ano, me aproximou de uma realidade distante da minha. Além disso, motivou-me a pensar mais e voltar minha atenção enquanto profissional para a Saúde Pública e a Atenção Primária, que é efetiva na mudança do SUS e qualidade de vida (D-76).

Essas atividades apresentam-se como espaços para mudanças ético-comportamentais de compromisso e responsabilização (Diemers et al., 2008; Dubé, O'Donnell e Novack, 2000; Pasche, 2010; Rego, Gomes e Siqueira-Batista, 2008):

O contato com o paciente da enfermaria levou-me a uma reflexão sobre a minha postura. O que poderia fazer por ele? Conseguiria abrandar a sua dor? Essas perguntas serviram como estímulo para que, hoje, eu tenha um ritmo de estudo maior e com mais qualidade (D-73).

Tais atividades contribuem para o envolvimento do estudante, estimulando a expansão do conhecimento sobre a vida e o sofrimento humano, impondo o social e demandando ações complexas multiprofissionais, inter-

disciplinares e intersetoriais, as quais, por sua vez, abrem perspectivas para a ação competente, afetiva e ética (Deslandes, 2004; Quintana et al., 2008):

Durante o 3º ano, acompanhamos uma paciente jovem, de 16 anos, J. Ela chegou no PS com cardiopatia grave e precisava imediatamente de cirurgia. Tinha cabelos muito longos e os piolhos eram vistos de longe. Com autorização do pai, foi raspado. Era muito tímida, praticamente não falava, não tinha os caracteres secundários femininos desenvolvidos. Após a cirurgia, a radiografia não demonstrou diminuição da área cardíaca, permanecendo internada por três meses. A família era de ciganos, desapareceu, ninguém vinha visitá-la. Os médicos e enfermeiros praticamente a adotaram, assim como os alunos. Ela desinibiu-se, passou a sorrir e todos buscavam agradá-la. Tornou-se ‘moradora’ do hospital, e apesar de todos os problemas parecia uma pessoa mais feliz, à vontade e querida. Infelizmente J. faleceu, mas pude acompanhar que a equipe multiprofissional se empenhou muito para cuidar de todos os aspectos para melhorar sua qualidade de vida. Quando faleceu, a família foi contatada e veio ao hospital. Infelizmente era tarde demais... (D-5).

Como elucidado nessas narrativas, criam-se possibilidades de aproximação de mundos: as diferenças aproximam.

Situações de sofrimentos

Situações limítrofes da prática profissional estão presentes no cotidiano dos estudantes, como momentos que marcam e se tornam caminhos para apreender novos valores (Quintana et al., 2008, p. 10).

Atendi uma paciente que precisava decidir se iria ou não realizar uma cirurgia que poderia ter como consequência uma colostomia e, quando foi explicado o que significava, ela começou a chorar e ficou desesperada, pois era jovem (30 anos). A partir daí comecei a pensar que o que para nós estudantes é corriqueiro e simples de solucionar, para o paciente pode ser o ‘fim do mundo’. Por isso, percebi que falta mais atenção no trato com o paciente e temos que tentar nos colocar no lugar deles (D-12).

O contato com o sofrimento alheio traz a discussão das fragilidades e potencialidades da atuação em saúde, às quais o discente ainda não foi apresentado (Quintana et al., 2008, p. 11):

No segundo ano, Dona F., de 54 anos, internada há quatro dias, me contou que não tinha mais chances, devido a metástases de um câncer de mama. Contou que demorou quase dois anos para fazer mamografia, pois era de outra cidade. No fim da

conversa ela perguntou se caso tivesse começado o tratamento antes, obteria cura. Eu não soube o que responder, mas saí de lá achando que o sistema de saúde a havia condenado. Foi a minha pior experiência na faculdade (D-4).

Aproximar-se da precariedade das condições de vida sensibilizou muitos discentes, no sentido de mostrar a impotência profissional ante a multiplicidade de determinantes do processo saúde-doença e os desafios que fogem do alcance da atuação:

Constatamos que a criança estava desnutrida e com déficit de crescimento neuropsicomotor. Indagamos à mãe o que dava de alimento para a filha de 3 anos, e ela disse que estava desempregada e tinha mais 7 filhos para alimentar. Cada dia da semana dava comida para um filho e nos outros dava o que achava no lixo ou o que davam para ela (D-38).

Muitas dessas situações, difíceis e complexas, resultam em atitudes pessoais. Na dependência da história de vida do discente, sua religiosidade, inserções familiares e situações vivenciadas, algumas iniciativas derivam em atuações caritativas.

Uma vivência significativa da minha vida foi quando diagnostiquei junto com a professora uma doença muscular progressiva degenerativa em uma criança de 8 anos. Como a doença é grave e com prognóstico ruim, tive que aprender como explicar para a mãe o que era e também mostrar que ainda não tem cura, mas que daríamos todo o suporte multiprofissional para uma melhor qualidade de vida. O contato com a doença, a criança, a mãe e o pai me ensinaram muitas coisas (...) Durante um período, a mãe passou dificuldades e, com algumas amigas, doamos cestas básicas. Criei um vínculo com a família até hoje, um ano após o diagnóstico (D-9).

A onipotência da medicina, decorrente da racionalidade científica e das expectativas da própria sociedade, imprime no profissional a invencibilidade. Paradoxalmente, traz a impotência, camuflada pelo manto da solidariedade ou pela visão romantizada. Observa-se, assim, a predominância do conceito-sintoma da humanização na formação médica (Benevides e Passos, 2005).

Todos os dias entram pessoas em bom ou mau estado de saúde. Há aqueles que saem melhor, os que saem piores e os que nunca saem. Convive-se com a vida e a morte, o tempo todo. Viver é uma dádiva, um direito que caiu sobre nós e deve ser praticado da melhor e mais saudável forma possível. (...) Nós apenas prorrogamos

a vinda da morte, não a evitamos. Nós tratamos a vida do doente, mas não o tornamos imortal. Esta missão fantástica, este sacerdócio belíssimo que visa altruísmo e alteridade é a máxima que me incitou a trilhar o caminho da medicina! (D-66).

Como analisado por diferentes autores, a desvalorização da perspectiva humana nas interações e ações entre os indivíduos pode levar ao extremo de uma naturalização do não reconhecimento do outro. Por sua vez, a prática diária e o convívio com essas situações colocam o estudante em posição de respostas possíveis (ou potentes) que podem levar ao reencantamento do concreto no sentido da humanização (Coelho Filho, 2007; Garcia, 2001; Heckert e Neves, 2010; Pasche, 2010; Rios, 2007).

Todos estavam cientes do prognóstico da doença e tristes vendo o desenrolar dos fatos, menos o paciente, que nos deu uma aula de alegria e satisfação por estar vivo! Nos fazia rir, diariamente, com uma piada... (D-68).

Situações potencializadas pela clínica ampliada e vínculo

É buscando a releitura dessas experiências, destacando-se o fundamento da clínica ampliada, que se evidenciam situações potenciais do processo de humanização na formação.

Demonstrou-se, por exemplo, que a integração escola-serviço facilita as relações de respeito, atenção, interesse pelo ser humano, desenvolvendo um processo de trabalho construído com base num laço afetivo e efetivo, viabilizado pela estruturação do vínculo entre os atores num ato estável de mútuo conhecimento/confiança (Gonçalves e Moraes, 2003).

A reforma curricular propiciou ao aluno proximidade maior com o paciente, o que reflete em contato não apenas pontual e sem profundidade, mas envolvimento médico-paciente que faz o estudante realmente ter uma boa base do verdadeiro sentido do cuidador, que não apenas faz diagnósticos e indica tratamentos, mas que acrescenta ao seu paciente o vínculo humano (D-48).

A criação de vínculo permite privilegiar a escuta qualificada:

Uma visita domiciliar que fiz no primeiro ano do curso foi marcante (...). Percebi que a Dona C. estava feliz por estarmos ali. Queria atenção e que alguém ouvisse seus problemas. Foi maravilhoso sentir que mesmo sem termos feito uma 'prática médica curativa', tivemos o conhecimento do que é fazer medicina, que é o fato de fazer o outro se sentir melhor apenas ouvindo (D-57).

Nesses espaços intercessores, torna-se possível um modo mutante de fazer saúde e de educar, que estão intrinsecamente relacionados. Pode-se constatar que as habilidades de comunicação não garantem a humanização, fazendo necessária, como analisado por Morin (2001), a compreensão: intelectual ou objetiva (que passa pela inteligibilidade e pela explicação) e humana ou intersubjetiva (de identificação de sujeito a sujeito num processo de empatia e projeção, que pede abertura, simpatia, generosidade).

Nesses momentos, de estar com os pacientes, não precisamos fazer tudo com pressa, atropelando seus sentimentos, como se fossem objetos de estudo. Antes de tudo, por mais ocupados que estejamos, eles são pessoas que procuram algo para se sentirem melhores tanto física quanto emocionalmente. Por isso é fundamental esse relacionamento do aluno com o paciente desde cedo na vida acadêmica, para que cultive o sentimento de amor e carinho ao próximo (D-35).

Um simples 'estar ao lado' pode atuar no cuidado, resultando em maior conforto para o paciente e confiança na relação médico-paciente (Deslandes, 2004). Traz ao aluno o desejo de 'ser' médico (Rios, 2007).

Ela estava solitária naquele leito de isolamento e se sentia muito desamparada. Então comecei a visitá-la diariamente, para conversar e ler a Bíblia (ela era evangélica) até o dia em que recebeu alta, após 87 dias, extremamente compadecida. Com a reforma curricular, pudemos ter acesso ao hospital e às pessoas internadas, facilitando a constituição do vínculo e a formação do caráter médico (D-2).

O diálogo domina uma dimensão decisiva da relação entre indivíduos que são fundamentalmente distintos em suas características (formação, informação, acesso, interesses e necessidades), mas iguais na possibilidade da troca, da busca do entendimento e da confiança necessária ao processo de decisão consensual e cura.

Recordo de muitos pacientes atendidos tanto na enfermaria quanto no ambulatório, que tenho certeza que acrescentaram muito mais a mim, por sua história de vida, superação, luta e persistência, do que eu a eles, em apenas acompanhá-los por alguns dias como aluno de medicina (D-48).

Para mim fica o quanto temos de nos conscientizar para o atendimento, o quanto temos de respeitar aquele indivíduo que carrega consigo sua dignidade e integridade e o quanto temos que aprimorar a humanização, para que o fato de um senhor chamar uma jovem de senhora como forma de respeito não passe despercebido [*sic*] (D-53).

Considerações finais

As vivências aqui descritas indicam que a criação de espaços humanizados de ensino-aprendizagem é complexa e determinada por numerosos fatores que envolvem o modelo técnico-assistencial e pedagógico.

Observa-se que as percepções, em sua maioria, limitam-se ao conceito-sintoma, principalmente em momentos de impotência perante os sofrimentos decorrentes da dominância do social ou mesmo do tecnicismo da medicina. Entretanto, são frequentes os relatos que se encaminham para o conceito-experiência da humanização. Dentre as estratégias pedagógicas que facilitam esse processo, destaca-se a diversificação de disciplinas, correspondentes, principalmente, às áreas da Saúde Coletiva, Medicina da Família, Pediatria e Clínica, e de cenários (enfermarias, ambulatorios e atenção básica), os quais possibilitaram relações mais estreitas entre docentes, equipes profissionais, discentes e pacientes.

Esses cenários e disciplinas, relacionados a atividades práticas, permitiram o envolvimento dos estudantes com pessoas, famílias e comunidades, atuando como cuidadores e não somente como observadores. Foram marcantes tanto as vivências relacionadas a algum tipo de sofrimento, como lidar com a morte, dores, doenças ou condições sociais (pobreza, abandono), quanto aquelas que permitiram sentir a satisfação pela visualização ou participação de ações com resultados positivos para os pacientes e suas famílias.

Movimentos de perturbação e práticas de desassossego, surgidos nessas situações, propiciam aos estudantes lidar com incertezas e complexidades crescentes, potencializando a construção de vínculos, aproximando aqueles que oferecem o serviço e o ensino daqueles que o recebem, personalizando a relação, que deve ser compromissada e compassiva.

Com relação ao papel docente, registra-se que é o modelo imperante como estratégia pedagógica, tendo-se a citação de bons e maus exemplos, o que corrobora a literatura que registra a resistência do corpo docente na implantação de metodologias ativas e de reformulações curriculares estruturais.

Dependendo da bagagem do aluno e dessas experiências, surgem onipotências, impotências e construções de possíveis potências para a humanização.

A pesquisa demonstra que quando se abre um espaço de fala, os alunos respondem posicionando-se, criticando e sugerindo possíveis mudanças que permitiriam a revisão e o aprimoramento da formação graduada.

Colaboradores

Os autores Maria Alice Amorim Garcia, Fernanda Proa Ferreira e Fernanda Avenoso Ferronato realizaram conjuntamente a coleta e análise dos dados, a revisão bibliográfica, bem como a redação do artigo.

Notas

¹ Professora da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). <malicegarcia@puc-campinas.edu.br>
Correspondência: Rua Américo de Campos, 416, CEP 13083-040, Campinas, São Paulo, Brasil.

² Bolsista de Iniciação Científica da PUC- Campinas. Graduanda da Faculdade de Medicina da PUC-Campinas. <fernandaproa@hotmail.com>

³ Bolsista de Iniciação Científica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Graduanda da Faculdade de Medicina da PUC-Campinas. <fer_ferronato@hotmail.com>

Referências

ALVES, Antonia Núbia de Oliveira et al. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de Medicina da UFRN – Natal, RN, Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 356-362, 2009.

ANJOS, Rosana Maria Paiva et al. “Vivendo o SUS”: uma experiência prática no cenário da atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 172-183, 2010.

ASHLEY, Philippa. et al. “They’ve all got to learn”. Medical students’ learning from patients in ambulatory (outpatient and gene-

ral practice) consultations. *Medical Teacher*, London, v. 31, n. 2, p. 24-31, 2008.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BINZ, Mara Cristina; MENEZES FILHO, Eliezer Walter; SAUPE, Rozita. Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 28-42, 2010.

- BRASIL. Ministério da Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Resolução n. 4, CNE/CNS de 7/11/2001. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
- CAMPOS, Maria Angélica de Figueiredo; FORSTER, Aldáisa Cassanho. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 83-89, 2008.
- COELHO FILHO, João Macêdo. Relação médico-paciente: a essência perdida. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 619-635, 2007.
- COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.
- COULEHAN, Jack. On humility. *Annals of Internal Medicine, Philadelphia*, v. 153, n. 3, p. 200-201, 2010.
- DESLANDES, Suely Ferreira. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- DIEMERS, Agnes D. et al. Students' opinions about the effects of preclinical patient contacts on their learning. *Advances in Health Science Education: Theory Practice*, Dordrecht, v. 13, n. 5, p. 633-647, 2008.
- DINI, Patrícia Skolaude; BATISTA, Nildo Alves. Graduação e prática médica: expectativas e concepções de estudantes de medicina do 1º ao 6º ano. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 198-203, 2004.
- DUBÉ, Catherine E.; O'DONNE'L, Joseph F.; NOVACK, Dennis H.. Communication skills for preventive interventions. *Academic Medicine, Brown University*, Washington, v. 75, n. 7, Suppl., p. S45-54, 2000.
- FAGUNDES, Norma Carapiá; BURNHAM, Teresinha Fróes. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 105-114, 2005.
- FERREIRA, Ricardo Corrêa; SILVA, Roseli Ferreira; AGUER Cristiane Biscaino. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 52-59, 2007.
- FISCHER, Melissa A. et al. Learning from mistakes: factors that influence how students and residents learn from medical errors. *Journal of General Internal Medicine, Philadelphia*, v. 21, n. 5, p. 419-423, 2006.
- GARCIA, Maria Alice Amorim. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 89-100, 2001.
- GONÇALVES, Maria Bernadete; MORAES, Ana Maria S. M. Inserção dos alunos da primeira série do curso de medicina em serviços de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 83-90, 2003.
- HECKERT, Ana Lúcia Coelho; NEVES, Cláudia Abbês Baeta. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Formação e intervenção*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Cadernos Humaniza SUS, v. 1). p. 13-28.
- HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo; BARROS, Maria Elizabeth Barros. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 493-502, 2009.
- HENNINGTON, Élida Azevedo. Gestão dos processos de trabalho e humanização em

- saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008.
- KAMALSKI, D. M. et al. Early clerkships. *Medical Teacher*, London, v. 29, n. 9, p. 915-920, 2007.
- KLOETZEL, Kurt. O diagnóstico clínico: estratégias e táticas. In: DUNCAN, Bruce B. et al. (Orgs.) *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 131-142.
- LUDKE, Menga.; ANDRÉ, Marli. E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986. cap.3, p. 25-44.
- MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. Buenos Aires: Lugar Editora; 1997. p. 71-112.
- MORIN, Edgar. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 2001.
- NOGUEIRA DA SILVA, Geórgia Sibebe; AYRES, José Ricardo C. M. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 487-496, 2010.
- PASCHE, Dario Frederico. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Formação e intervenção*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Cadernos Humaniza SUS, v. 1). p. 63-71.
- QUINTANA, Alberto Manuel et al. A angústia na formação do estudante de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 7-14, 2008.
- REGO, Sergio; GOMES, Andréia Patrícia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 482-491, 2008.
- RIOS, Izabel Cristina. Ser e fazer diferente... É possível provocar o desejo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 619-635, 2007.
- SOUZA, Alícia Navarro de. Formação médica, racionalidade e experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 87-96, 2001.
- TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 351-522.

Recebido em 30/06/2011

Aprovado em 17/09/2011