

IVANIA DA CONCEIÇÃO ALVES STORER

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): UM ESTUDO A
PARTIR DE ESTUDANTES DE MEDICINA**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – UNIFESP para
obtenção do Título de Mestre Profissional em
Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo

2013

IVANIA DA CONCEIÇÃO ALVES STORER

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): UM ESTUDO A
PARTIR DE ESTUDANTES DE MEDICINA**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – UNIFESP para
obtenção do Título de Mestre Profissional em
Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

São Paulo

2013

Storer, Ivania

Política Nacional de Humanização (PNH): um estudo a partir de estudantes de medicina. / Ivania Storer; Orientadora: Sylvia Helena Souza da Silva Batista. -- São Paulo, 2013.

108 f.

Tese (Mestrado Profissional) -- Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS, 2013.

Título em inglês: National Policy Humanization (NPH): a study from medical students.

1. Ensino médico. 2. Humanização em saúde. 3. Estudante.
4. Política Nacional de Humanização.

STORER, Ivania da Conceição Alves

Política Nacional de Humanização (PNH): um estudo a partir de estudantes de medicina

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo, 10 de dezembro de 2013.

Orientadora: Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Profa. Dra. Simone Regina Souza da Silva Conde

Profa. Dra. Cristina Zukowsky Tavares

Profa. Dra. Irani Ferreira da Silva Gerab

*Aos estudantes do curso de medicina da
Universidade Federal de Rondônia, pela
colaboração e interesse em participar
desta pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver, acrescentariam nova luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo e maior amor ao coração dos homens.

Fernando Pessoa

O Caminho trilhado foi árduo, mas a perseverança sempre se sobressai na estrada dos justos. Esta obra foi criada, pensada, escrita e sofrida a várias mãos. A participação de diversas pessoas foi inestimável e importantíssima para que chegássemos ao fim desta trilha. Assim, todos que participaram direta ou indiretamente deste resultado merecem nossos agradecimentos.

Primeiramente, agradeço ao pai celestial, por ter permitido que chegasse tão longe de onde saí, pelas pessoas bondosas e amáveis que conheci, pelos amigos que encontrei, encontro e encontrarei, pela família que me é cara e pela força e fé nos momentos que mais precisei.

Ao meu grande amor, Fábio Storer, minha dádiva, meu maná, sempre ao meu lado me incentivando e fazendo acreditar que posso mais que imagino. Com o seu companheirismo, compreensão, apoio, alegria e amor concretizamos este trabalho. Obrigado por ter feito do meu sonho, nosso sonho.

Aos meus filhos, André e Vinícius, que sempre me apoiaram nesta caminhada com muito carinho e compreensão, mesmo quando não podia lhes dar atenção devida.

Ao meu pai e minha mãe, por terem me possibilitado estudar, ainda que na base de muitos sacrifícios pessoais. Aos meus irmãos e irmãs, seus respectivos cônjuges e meus sobrinhos, que sempre foram a minha maior torcida.

Ao meu sogro e minha sogra que me apoiaram nos inúmeros momentos de necessidade, nos quais eu sabia que meus filhos estariam em boas e carinhosas mãos, principalmente neste período do mestrado.

Aos novos amigos do MP norte, pelo apoio coletivo e formação de uma verdadeira família no decorrer deste curso.

Em especial, o grupo de Amazonas e Acre, pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis de angústias pelos quais todos passaram.

À minha amiga “majestade” Katia Couceiro, pelas várias sessões de terapia lacrimal, apoio mútuo, para a conclusão deste trabalho.

Às minhas amigas Adriana e Ariadne Dias, pela imensa colaboração no decorrer deste trabalho, principalmente na coleta dos dados e outros passos importantes para esta caminhada final.

Ao Prof. Me. Raitany Costa de Almeida, do Curso de Medicina da Universidade Federal de Rondônia, pela imensa colaboração, através do convite feito aos alunos, para que esta dissertação se realizasse e por ter acreditado na importância desta pesquisa.

À Prof^ª. Dr^a Ana Lúcia Escobar, Coordenadora do Curso de Medicina da Universidade Federal de Rondônia, por ter colaborado com a autorização da realização da pesquisa e pela eterna gentileza com quem sempre me tratou.

Às minhas amigas do Pará, Andreia e Patrícia, que apoiaram muito minha jornada, principalmente na parte final deste trabalho.

À minha orientadora, Prof^ª. Sylvia Helena Batista, por me compreender, defender, incentivar, acolher e, principalmente, confiar e acreditar quando nem mesmo eu já acreditava. Seus abraços fraternos foram, decerto, fraternos e maternos até certo ponto. Sua atenção foi a luz que me guiou no vale das sombras do desânimo, da ignorância no universo da pesquisa qualitativa. Na vida descobrimos que levamos muito tempo para nos tornarmos a pessoa que queremos ser, que o tempo é curto, que precisamos de guias, de exemplos. Você foi um grande exemplo pra mim pela doçura e inteligência aguçada, sem jamais perder a ternura. Foi uma grande honra ter convivido contigo neste período, principalmente ter sido orientada neste trabalho. Ter feito parte das “meninas da Sylvia”, sempre será motivo de orgulho pra mim.

Aos professores do MP norte, pelas experiências e desprendimento com que partilharam conosco os tesouros do conhecimento, a postura impecável dos verdadeiros maestros e maestrinas regendo com a cadência certa a turma do MP norte.

Ao Prof. Dr. Nildo, que de forma desprendida e na sua simplicidade nos motivou para esse mestrado desde primeiro módulo ocorrido em Manaus. Um texto de Carlos Brandão que me inspirou profundamente foi trabalhado neste módulo e, por isso, deixo aqui o meu mais profundo agradecimento ao *meu mestre com carinho*.

À Prof^a Dr^a Cecília Sonzogno, pela elegância com que sempre conduziu as aulas e pelo tratamento com os alunos. Com ela, tive a oportunidade de conhecer o texto do Boaventura com um conteúdo denso e muito erudito. Acredito que vou levar alguns anos para entendê-lo na sua plenitude, mas leitura nunca é demais.

A toda equipe do CEDESS, que sempre nos acolheu e ajudou em todos os momentos aflitos e desesperadores neste período da minha vida. Agradeço, especialmente, a Sra. Sueli Pedroso pela atenção e competência com que conduziu suas atividades.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”

Paulo Freire

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar as concepções dos discentes de medicina da Universidade Federal de Rondônia sobre a Política Nacional de Humanização. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo-exploratório, realizado com 25 graduandos do 12º período do curso de médico, produzindo-se dados a partir de grupo focal e os analisando na perspectiva do conteúdo, tipo análise temática. Com base nos núcleos direcionadores, foram construídas categorias. A fragmentação no currículo, sinalizada pelos discentes quanto ao ensino teórico e vivência da humanização nas atividades práticas das disciplinas e do internato, especialmente sobre a Política Nacional de Humanização, foi considerada um dos desafios para melhoria da educação médica. Emergiu desta discussão a necessidade de integrar disciplinas de forma a possibilitar um conteúdo programático de natureza interdisciplinar. Assim, buscando ampliar o debate, a criação de um Núcleo de Estudos de Humanidades em Saúde configura-se como o produto desta dissertação de mestrado. Desenha-se um núcleo, onde sejam realizadas rodas de conversas, nas quais alunos e professores possam se expressar a respeito das aprendizagens sobre Humanização e Política Nacional de Humanização. Um espaço para discussões permanentes das propostas curriculares do curso, fomentando e propondo inovações curriculares de modo a ter, na humanização, um potente conteúdo e disparador metodológico para a formação médica. Acredita-se que a divulgação dos resultados deste trabalho e a corroboração dos achados de outros estudos são necessárias para aprofundar a discussão acerca do ensino médico, o que pode contribuir para uma formação mais humana, contemplada também nos currículos acadêmicos.

Palavras-Chave: Ensino Médico. Humanização em saúde. Estudante. Política Nacional de Humanização.

ABSTRACT

The general aim of this research was analyze the conceptions of the medicine learners of Federal University of Rondonia on the National Policy of Humanization. It is a qualitative descriptive exploratory study what was carried out with 25 undergraduate students of twelfth period of medicine course, producing-if data from the focal group and analyzing in the perspective of content, type thematic analysis. With the basis in the cores directors the categories were constructed. Fragmentation in curriculum, signaled by students regarding the theoretical teaching and experience of humanization in the practical activities of the disciplines and the internship, especially on the National Policy of Humanization, was considered one of the challenges for improving medical education. This discussion has emerged the need to integrate disciplines that allow a programmatic content of interdisciplinary nature. Thus, broadening the debate, it configures itself as the product of this master's thesis the creating a Core of Studies of Humanities in Health. Draws a nucleus, where they are made wheels of conversations, in which students and teachers can express the respect of learning about Humanization and National Policy of Humanization. A space for the permanent discussions of curricular proposals of the course, fomenting and proposing curricular innovations to take, in humanization, a powerful content and methodological trigger for medical training. It is believed that the disclosure of the results of this work and the corroboration of findings from other studies are necessary to deepen the discussion about medical education which can contribute to a more human training also contemplated in the academic curricula.

Keywords: Medical Education. Humanization in health. Undergraduate. National Policy of Humanization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEDESS	Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Câmara de Educação Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
HB	Hospital de Base
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
PNH	Política Nacional de Humanização
POC	Policlínica Oswaldo Cruz
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PPP	Projeto Político-Pedagógico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIR	Universidade Federal de Rondônia
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO	17
CAPÍTULO I - OBJETIVOS	20
1.1 OBJETIVO GERAL.....	20
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	22
2.1.1 A emergência da temática humanização nos currículos médicos.....	24
CAPÍTULO III - METODOLOGIA	29
3.1 CONTEXTO DA PESQUISA: O CURSO DE MEDICINA DA UNIR.....	29
3.1.1 Os participantes do estudo.....	31
3.1.2 O processo de produção de dados.....	31
3.1.3 Aspectos éticos e legais.....	33
3.1.4 O estudo piloto.....	33
3.1.5 Análise de dados.....	33
CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1 NÚCLEO DIRECIONADOR: CONCEPÇÕES DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	36
4.2 NÚCLEO DIRECIONADOR: ABORDAGEM DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO.....	41
4.3 NÚCLEO DIRECIONADOR: PRÁTICA DE ATENÇÃO HUMANIZADA À SAÚDE NO SERVIÇO.....	45
4.4 NÚCLEO DIRECIONADOR: PRÁTICA NÃO HUMANIZADA DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SERVIÇO.....	50
4.5 NÚCLEO DIRECIONADOR: FORMAÇÃO HUMANIZADA.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A.....	71
APÊNDICE B.....	73
APÊNDICE C.....	74
APÊNDICE D.....	100
ANEXO A	105

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

“Não me pergunte quem sou e não me diga para permanecer o mesmo.”

Michel Foucault

Sou Biomédica e meu estímulo para trabalhar segundo os preceitos da Política Nacional da Humanização (PNH) surgiu após ter participado, na condição de moderadora, de 14 ciclos de oficinas de sensibilização e difusão da PNH no período de agosto a dezembro de 2009, ofertadas aos servidores municipais de Porto Velho, totalizando 1.035 participantes (BRASIL, 2004).

Anteriormente, em 2006, tivera contato com a PNH quando foi deflagrado o processo de sensibilização aos gestores com a visita da coordenadora regional do Ministério da Saúde a Porto Velho e, em 2007, com a tentativa de se trabalhar um dos dispositivos da PNH – Ambiência, no curso de pós-graduação de Saúde da Família, então oferecido pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR), o qual não obteve êxito por falta de difusão e de compreensão da PNH naquela instituição.

Após a realização das oficinas de sensibilização e difusão da PNH, foi possível conhecer as angústias dos profissionais de saúde geradas pela falta de valorização do servidor, baixos salários, desarticulação do trabalho em equipe, desconhecimento dos serviços de referência e contrarreferência, ausência de fomentos para cogestão, descomprometimento dos servidores com o serviço e baixa qualificação dos profissionais (CAMPOS, 2005). O mais marcante neste contexto foi a falta de envolvimento dos profissionais médicos em relação aos demais, face ao total desconhecimento sobre a PNH, apesar destes profissionais serem fundamentais para o bom funcionamento das engrenagens do serviço de atenção primária à saúde.

Essas percepções, causadoras de reflexões e desconfortos para nós profissionais envolvidos na gestão e cogestão da saúde pública, levaram-me a pensar sobre qual ação poderia ser deflagrada para mudar este cenário (CAMPOS, 2007a).

Acredito que um dos mecanismos de mudança seja o processo de ensino-aprendizagem, o qual constitui uma das mais delicadas formas de relações humanas, cabendo aos pesquisadores a busca pela identificação das melhores metodologias e estratégias para obter sucesso neste desafio (GOMES et al., 2009).

As reflexões oriundas deste trabalho têm a perspectiva de que sejam norteadoras não apenas para o ensino médico, mas também para os gestores de todas as esferas de poder envolvidos na formação dos profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

“Qual o desafio nosso hoje? Esse modelo está falido. Por quê? Porque nós conseguimos todo arcabouço legal e democrático de reformar o Estado, mas o conteúdo dele continuou sendo o da medicalização da vida. Continuou sendo o conteúdo não da saúde, mas da doença. Continua sendo o conteúdo do hospital e não do atendimento básico na família.”

Sérgio Arouca

Para Campos (2007a), o SUS, como parte integrante de política favorável à construção de justiça social e do bem-estar entre brasileiros, tem sido, de certo modo, consenso entre os estudiosos do tema. Também tem sido indiscutível o reconhecimento de que o SUS e a reforma sanitária que o gerou estão em fase incompleta, uma vez que sua implantação vem ocorrendo de forma heterogênea, seja pela desigualdade do atendimento ou insuficiência de financiamento. Há pontos nevrálgicos também no que diz respeito ao atendimento e acesso dos usuários, gestão do sistema e políticas de atenção ao trabalhador da saúde.

Entretanto, não se pode responsabilizar apenas a questão saúde, considerando que seu conceito é muito mais abrangente do que a simples ausência de doença, posto que a economia, educação e cultura de um povo influenciam diretamente sua concepção do processo saúde-doença, favorecendo ou não sua colaboração e adesão, aspectos fundamentais ao funcionamento de qualquer sistema de saúde (CAMPOS, 2007a, 2007b).

Neste contexto, a PNH emerge como uma das políticas de saúde de abrangência nacional que visa à reorganização dos processos de trabalho em saúde e para a saúde, com propostas de intervenção nas relações sociais, envolvendo trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Busca produzir transformações no atendimento em saúde, seja na medicina preventiva e curativa ou na promoção à saúde (SANTOS-FILHO, 2007). Segundo esse autor, uma destas intervenções é justamente no processo de trabalho, objetivando a análise e reanálise deste processo por parte dos profissionais de saúde de forma a gerar mudanças no campo da formação e da educação permanente.

Para Nogueira-Martins (2003), as inovações tecnológicas no diagnóstico, terapêutica e equipamentos médicos, bem como o incremento na participação de empresas compradoras de serviços médicos, têm produzido transformações nos serviços médicos, modificando de forma importante o exercício profissional. Essas transformações refletem diretamente nas relações pessoais dos médicos e também em suas relações com o paciente.

As mudanças desejadas nos serviços de saúde somente ocorrerão com políticas públicas eficazes e mudanças nas disciplinas que integram os currículos dos cursos de saúde. No âmbito destes serviços, surpreende o atendimento desumanizado nas unidades que formam o SUS (ALMEIDA; CHAVES, 2009). Acresce-se a crescente divulgação por parte da mídia da falência do sistema público de saúde; o tipo de assistência médica prestada tende a criar uma imagem negativa do profissional médico, o que se reflete também na relação médico-paciente (NOGUEIRA-MARTINS, 2003).

É no contexto, desta forma, das experiências da pesquisadora, do cotidiano acadêmico e da literatura disponível sobre educação médica que se situam as questões norteadoras da pesquisa: Quais concepções sobre Humanização têm os alunos do último período do internato de medicina da UNIR? Como os estudantes vivenciaram a aprendizagem sobre humanização durante o curso de medicina?

CAPÍTULO I - OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

➤ Analisar as concepções de discentes de medicina da Universidade Federal de Rondônia (UNIR) sobre a Política Nacional de Humanização (PNH).

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as vivências em humanização dos estudantes da UNIR no internato do curso de medicina;
- Identificar as dificuldades percebidas pelos estudantes para que a humanização seja efetivamente trabalhada no curso de medicina da UNIR;
- Discutir as concepções dos estudantes no âmbito da formação médica mais humanizada.

CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO

“É por isso que se mandam as crianças à escola: não tanto para que aprendam alguma coisa, mas para que se habituem a estar calmas e sentadas e a cumprir escrupulosamente o que se lhes ordena, de modo que depois não pensem mesmo que tenham de pôr em prática as suas ideias”.

Immanuel Kant

2.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

O educador, um dos sujeitos do processo ensino-aprendizagem, deve ser consciente de sua missão de atuar como transformador social em relação à educação (CHUDO; SONZOGNO, 2007). Para essas autoras, é importante que educadores analisem quais estratégias metodológicas são mais adequadas à abordagem de determinados conteúdos de forma a gerar efetividade no aprendizado por parte do aluno e constante intervenção pedagógica neste contexto, preservando a relação professor-aluno e favorecendo o desenvolvimento, a reflexão e a capacidade de crítica do aluno. Não há de se falar em atuação pedagógica sem abordar o uso da criatividade, motivação, imaginação, inspiração, enfim, o uso da energia criadora.

Também é importante compreender a transdisciplinaridade da matriz curricular dos cursos da saúde, especialmente de medicina. A plena compreensão da matriz e do projeto pedagógico facilita a atuação do professor na intervenção pedagógica para apreensão de conteúdo pelos estudantes, cuidando para não confundir recursos técnicos e tecnológicos com estratégias de aprendizado (CHUDO; SONZOGNO, 2007).

As inovações curriculares e metodológicas devem ser incentivadas pelas instituições de ensino superior. Segundo Pereira, Mercuri e Bagnato (2010), neste sentido, destaca-se a importância da direção nas mudanças curriculares ensejadas pela promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases, em 1996, e com a publicação das Diretrizes curriculares em 2001. Estes novos currículos devem valorizar também a formação cultural, social, geral e integral (BRASIL, 2001).

Para Pereira, Mercuri e Bagnato (2010), inovar pressupõe introduzir mudanças significativas que alterem práticas pedagógicas, além de técnicas de ensino, no sentido de modificar a realidade atual, tornando-a distinta daquela preconizada pelo método tradicional de ensino nas escolas, especialmente nos cursos da área de saúde. Os autores mencionam ainda que esta inovação não pode se furtar à inserção da realidade do meio acadêmico e social; não há que se falar em inovação quando são abordados, no ambiente escolar, temas arremidos à realidade que os cerca.

Batista (2006) assinala que nosso sistema de ensino em medicina ainda é majoritariamente dicotômico e tradicional, abordando teoria e prática, saúde e doença; generalista e especialista, estudando o sujeito por partes e não holisticamente. Observa-se ainda a centralidade na formação biológica e hospitalar, esta última fortemente arraigada em nossa cultura acadêmica (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Batista (2006) refere ainda que nossas práticas de ensino são focadas na especialização do currículo, conduzindo a formação médica para aspectos tecnológicos em detrimento das dimensões curriculares humanistas e sociais tão necessárias, enfraquecendo, portanto, esta importante vertente do cuidado. Cabe lembrar que este distanciamento da formação social tem resultado na formação de médicos igualmente distanciados da sociedade e da realidade social do país.

Em uma perspectiva ampliada deste contexto, têm sido elaboradas propostas formativas buscando articulação entre ensino, serviço e comunidade, objetivando geração de impacto social.

Para Batista (2006, p. 45-46):

Construir caminhos no ensino médico a partir da interdisciplinaridade inclui a implementação de desenhos curriculares que transformem o modelo disciplinar, seja possibilitando a integração de conteúdos, seja alterando a organização curricular para módulos, núcleos temáticos, assumindo um enfoque problematizador.

Segundo a autora, a interdisciplinaridade como ponto de partida do processo de construção de caminhos no ensino médico permeia um enfoque de problematização para transformar esta integração de conteúdos em mecanismo de inovação na formação, tornando-se um verdadeiro ponto de ruptura com o ensino tradicional.

2.1.1 A emergência da temática humanização nos currículos médicos

O currículo expressa a visão da instituição sobre o mundo e a sociedade. Vislumbra ainda as peculiaridades regionais, sendo composto por conteúdos organizados, interdependentes e sequenciados, a mais fina tradução do projeto pedagógico do curso (PPC); compreende ainda ciclos básico, pré-profissionalizante e profissionalizante, com disciplinas teóricas e práticas, além de estágio supervisionado obrigatório. Basicamente este desenho se repete em todo o Brasil na tentativa de formar profissionais minimamente aptos a exercer as profissões em qualquer parte do território nacional (ALMEIDA; CHAVES, 2009).

Para aprofundarmos a discussão sobre currículo teremos que retomar a história do ensino médico no País, a qual, em 2008, completou 200 anos de implantação. Neste aspecto, Amaral (2007, p. 9) assinala:

O ensino médico brasileiro, nos 200 anos de sua existência, tem sido influenciado, desde a sua origem, pela conjuntura política, pelos regimes de governo, por modelos econômicos e por outros fatores que marcam o desenvolvimento do País. A organização acadêmica, a localização geográfica e a vinculação jurídica interferem, da mesma forma, na configuração do ensino médico brasileiro. Não menos importantes são os acordos internacionais, que em muitas oportunidades se expressam nas agendas das conferências mundiais e nacionais que tratam das questões sociais, econômicas, da saúde, do meio ambiente, de gênero e da educação.

Notadamente o ensino médico, desde sua origem em 1808 no Brasil, seguiu caminhos tortuosos, talvez resultado da herança colonizadora que nos trezentos anos anteriores não havia implantado nenhum curso superior. Percebe-se, nos relatos de Amaral (2007), que o início do curso de medicina foi em função da transmigração da corte portuguesa para o Brasil. Este autor menciona ainda que a implantação dos cursos seguiu lentamente por décadas; interessante notar que em 1962 havia apenas quatro cursos de medicina privados e, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases em 1994, houve um aumento de 700% de cursos oferecidos por escolas médicas particulares.

Segundo Pagliosa e Da Ros (2008), esta situação é similar, respeitadas as devidas proporções, ao que ocorria com os cursos de ensino médico nos Estados Unidos da América e Canadá na era pré-flexneriana, quando não havia muito controle central sobre a abertura de cursos de ensino médico e proliferaram escolas pelos dois países.

O relatório Flexner, publicado em 1910, recomendou mudanças significativas: rigoroso controle do ingresso, currículo dividido em ciclo básico e ciclo clínico, o hospital como cenário central de prática médica, instalações adequadas de laboratórios e ensino prático (NUNES, 2010; PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Os autores mencionam também que, apesar das inegáveis contribuições para o ensino médico, a ênfase biomédica levou a uma visão reducionista deste ensino, situação ainda presente (AZEVEDO; RIBEIRO; BATISTA, 2009).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de medicina (BRASIL, 2001) significaram um marco regulador na inovação do currículo, distanciando-se do engessamento existente até então (AZEVEDO; RIBEIRO; BATISTA, 2009). A mudança no perfil do egresso com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva possibilitou, às instituições de ensino e outras envolvidas na formação, discutir a respeito dos novos perfis de profissionais desejados.

As DCNs assinalam também a responsabilidade social e o compromisso com a cidadania, além da promoção à saúde, expressos em habilidades e competências comuns aos cursos da área da saúde: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente objetivando a formação de profissional mais completo para atuar na sociedade (BRASIL, 2001).

Importante destacar que a construção das DCNs ocorreu em um cenário de mudanças e avanços nas práticas de atenção à saúde. Com a realização da VI Conferência Nacional de Saúde (1986) e, posteriormente, com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, configuraram-se as condições históricas para a criação e implantação do Sistema Único de Saúde. Foi no processo de consolidação do SUS, em meio a debates sobre inovações nas formas de gestão e de atenção à saúde, que emergiu, em 2003, a PNH (BRASIL, 2004; CAMPOS, 2007a; PASCHE; PASSOS, 2008).

A PNH aporta com o objetivo de modificar práticas dos atores do SUS (BRASIL, 2004) frente a problemas como filas, indiferença no atendimento, insensibilidade no trato com os usuários, condições de trabalho, influência do ambiente nas relações do profissional e usuários, dentre tantas outras situações antes relegadas pelo sistema (SILVA; ARIZONO, 2008). Constitui uma ruptura de paradigmas de modo que interfere nas condições intrínsecas de relação médico-

paciente e, retroativamente, professor-aluno, incentiva visão extramuros, amplia a condição social do sujeito, levando-o a ver o outro como parte e não objeto (PASCHE; PASSOS, 2008).

A PNH veio inovar no campo do cuidado com o usuário do SUS, valorizando crenças, saberes e base cultural. Encontra-se em contínua implantação nos estados e municípios até porque o processo de mudança de hábitos demanda educação de base e, considerando que a grande massa de profissionais da saúde foi formada segundo currículo técnico, as transformações ainda são incipientes (ALMEIDA; CHAVES, 2009; BRASIL, 2004).

Acresce-se que os currículos dos cursos não abordam, com a devida ênfase, a humanização da assistência (ALMEIDA; CHAVES, 2009), apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da saúde preconizarem este aspecto (BRASIL, 2001).

Neste contexto, vários pesquisadores têm se interessado pela discussão sobre as mudanças de currículo do ensino médico. Segundo Azevedo, Ribeiro e Batista (2009), a investigação sobre a inserção do humanismo no curso de medicina é necessária para explicitação dos sentidos que permanecem no cotidiano do ensino-aprendizagem na escola médica.

A modificação da relação tradicionalista professor-aluno sofre resistência, principalmente por parte dos alunos, em decorrência, provavelmente, do modelo incrustado no vínculo da dependência (AZEVEDO; RIBEIRO; BATISTA, 2009). Para os autores, cabe também a reflexão quanto ao fato da orientação humanista requerer visão de mundo da pessoa e da sociedade em geral. Na escola médica, essas facetas são somente abordadas em um pequeno número de disciplinas que tratam da relação médico-paciente, sempre com visão projetada e jamais introjetada (SILVA; ARIZONO, 2008).

Neste sentido, a colaboração transdisciplinar é um processo que influencia a integração de serviços. A Prática Baseada em Evidências pode identificar potenciais problemas de saúde e ajudar os pacientes da ESF no acesso ao diagnóstico médico, além de permitir projetar planos de tratamento com assistência de enfermagem e agentes comunitários de saúde (PINTO et al., 2012).

Para Casate e Corrêa (2012, p. 223), é importante que os conteúdos de humanidades sejam contemplados nos currículos dos cursos de saúde para fundamentar a visão de homem:

É interessante a inserção de conteúdos e disciplinas que foquem questões relativas às ciências humanas e que fundamentem a visão sobre o homem, o que pode contribuir para a compreensão sobre as atuais propostas políticas de humanização da atenção em saúde.

Entretanto, Casate e Corrêa, alertam para o risco de inseri-los de forma desarticulada do contexto do curso e de outras disciplinas, de modo a tornarem-se sem efeito:

Porém, apenas a inserção de conteúdos e disciplinas não garante mudanças significativas na formação do graduando em saúde, uma vez que esses conteúdos podem ficar circunscritos a algumas disciplinas específicas, muitas vezes de formação básica das áreas humanas, oferecidas no início dos cursos que pouco se articulam umas às outras, bem como a disciplinas de formação clínica. Assim, corre-se o risco de os alunos adquirirem alguns conhecimentos cognitivos, com poucas oportunidades de revisão de atitudes profissionais (CASATE; CORRÊA, 2012, p. 223).

Antes de abordar simploriamente as relações nos ambientes de saúde, tais como hospitais e clínicas, temos que direcionar o olhar para os espaços urbanos onde as preocupações com o bem-estar das pessoas foram relegadas. Neste aspecto, o trato dispensado aos usuários nas unidades de saúde é reflexo de como nos tratamos socialmente nas ruas, nos bairros, nas cidades (CAMPOS, 2005, 2007b).

Há muito se fala no embrutecimento das relações interpessoais no SUS entre os trabalhadores e destes com os usuários (CAMPOS, 2005). É notório que esta degradação das relações sociais não é fruto apenas de má formação dos profissionais, mas também da tensão cotidiana instalada em nossa sociedade, que clama pelo imediatismo e resultados a todo custo (HECKERT; NEVES, 2007).

Assim, o processo de humanização na clínica e na saúde pública depende de vários fatores, entre eles mudanças efetivas na formação dos profissionais de saúde (BARROS; BENEVIDES, 2007), o que inclui os médicos, buscando aliar o objetivismo científico do processo saúde-doença-intervenção e a visualização integral do paciente, levando em conta sua história em todas estas etapas (CAMPOS, 2005).

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.

Cora Coralina

Para Minayo (2010, p. 43), o próprio conceito de metodologia é tema controverso, pois há quem o iguale a métodos e técnicas, quem o situe no campo da epistemologia, quem o separe em teoria e método e quem considere teoria e método inseparáveis, como a mencionada autora.

A metodologia perpassa pelo “caminho do pensamento” e da “prática teórica pensada”, sendo, portanto, indissociável da técnica e da teoria aplicada ao desenho do estudo (MINAYO, 2010).

Detalha-se adiante o percurso metodológico com vistas a alcançar os objetivos propostos, passando pela caracterização do contexto da pesquisa e a descrição da metodologia adotada.

3.1 CONTEXTO DA PESQUISA: O CURSO DE MEDICINA DA UNIR

O estado de Rondônia está localizado na região Norte do país, com população de 1.379.787 habitantes; a capital é Porto Velho, com área de unidade territorial de 34.096,429 Km², possuindo 428.527 habitantes. Outro município a ser considerado nesta pesquisa é Cacoal, com 78.574 habitantes e área de unidade territorial na ordem de 3.792,805 Km² (IBGE, 2012).

No estado de Rondônia há atualmente quatro faculdades de medicina, sendo três em Porto Velho e uma em Cacoal, município distante 479 km da capital; destas, três são privadas e uma federal (BRASIL, 2012, IBGE, 2012). Cronologicamente, os cursos foram implantados na Universidade Federal de Rondônia (UNIR) em 2002; Faculdades Integradas Maria Coelho Aguiar (FIMCA), em 2004, Faculdade São Lucas (FSL), em 2005, e na Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED) em 2006 (BRASIL, 2012).

Destaca-se que o ensino médico em Rondônia seguiu a mesma trajetória do restante da região Norte, ou seja, apresentando escassez de escolas médicas e concentração no eixo sul-sudeste, situação relatada por Amaral (2007).

O curso de medicina da UNIR é composto por uma matriz curricular com carga horária total de 8.640 horas, tendo a seguinte distribuição; 1º Período, 620 horas (7,18%), 2º Período, 640 horas (7,40%), 3º Período, 600 horas (6,95%), 4º Período, 700 horas (8,10%), 5º Período, 660 horas (7,63%), 6º Período, 680 horas (7,87%), 7º Período, 620 horas (7,18%), 8º Período, 600 horas (6,95%) e internato médico, do 9º ao 12º Períodos, totalizando 3.520 horas (40,74%).

Apesar de não explicitados e considerando as ementas das disciplinas da matriz curricular apresentadas pela UNIR, os conteúdos da PNH ou a humanização propriamente dita poderiam ou deveriam ser abordados nos seguintes períodos e disciplinas: 1º Período (Sociologia [CH=60h]; Introdução à Atenção Básica I [CH=80h] e Bioética [CH=60h], correspondendo à carga horária de 200 horas ou 32,25% do total do semestre), 2º Período (Introdução à Atenção Básica II [CH=60h]; Antropologia Médica [CH=60h]; Psicologia Médica [CH=40h], correspondendo à carga horária de 160 horas ou 25% do total do semestre), 3º Período (Saúde Coletiva I [CH=40h], correspondendo à carga horária de 40 horas ou 6,66% do semestre), 6º Período (Saúde Coletiva II [CH=60h], correspondendo à carga horária de 60 horas ou 8,82% do semestre) e 8º Período (Gestão de serviços de saúde [CH=60h], correspondendo à carga horária de 60 horas ou 10% do semestre). Cabe salientar que nos 4º, 5º, 7º, 9º ao 12º Períodos não há disciplinas, segundo a matriz curricular, com possibilidade de abordagem do tema.

Aparentemente, a despeito do que preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de graduação em medicina, a matriz curricular da UNIR não aborda o tratamento humanizado; as disciplinas que poderiam abordar este e outros temas não o fazem de maneira integral, observando-se ainda falta de integração e interdisciplinaridade não coerentes com um desenvolvimento curricular que pretenda integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais, conforme estabelecido pelo art. 12 das DCNs.

Para o contexto da pesquisa, destaca-se ainda o Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, por se tratar de unidade de referência terciária do estado, para o qual todas as instituições de ensino médico da capital enviam seus alunos para a prática de estágio e internato médico. Cabe assinalar ainda que este hospital também oferece

residência médica, sendo, portanto, local de intenso fluxo de alunos de ensino médico, quer seja na graduação ou pós-graduação.

3.1.1 Os participantes do estudo

A pesquisa abrangeu 25 estudantes concluintes do curso de medicina da UNIR que estavam no último período (12º) de internato, no momento da produção dos dados os sujeitos da pesquisa já realizavam atividades no hospital terciário de Rondônia - Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, localizado no município de Porto Velho, capital do estado. Os estudantes já haviam desenvolvido as atividades na atenção básica.

Todos os estudantes participantes que estavam no 12º período do curso médico, aceitaram o convite para a pesquisa. Assim, dentre todos os acadêmicos matriculados, participaram 25 concluintes de medicina.

3.1.2 O processo de produção de dados

Foi realizado um estudo fundamentado por uma abordagem de pesquisa qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, utilizando-se a técnica de Grupo Focal (GF) para obtenção de informações a serem coletadas nas conversas em grupo.

Como refere Minayo (2010), o método qualitativo permite desvendar os processos de interação social como a história, os relacionamentos entre pessoas, percepções, opiniões e demais situações de relação humana. É caracterizado pelo empirismo e sistematização de conhecimento até a compreensão lógica pelo grupo. Segundo a autora,

O *grupo focal* se constitui num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos. Para serem bem sucedidos, precisam ser planejados, pois visam obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências (p. 269, grifo do autor).

Na presente pesquisa, foram constituídos dois grupos focais, denominados A e B. O número de participantes em cada grupo foi definido em 11 no primeiro e 14 no segundo, estabelecendo reuniões com duração máxima de 120 minutos, conforme recomendam estudos sobre grupo focal. A seleção foi aleatória, com inclusão de estudantes de ambos os gêneros, sem distinção, com fechamento amostral determinado pela técnica de saturação, quando se tornaram evidentes as repetições das informações (ALVES et al., 2009).

Cada grupo foi composto por um moderador, o qual se responsabilizou pela focalização do tema, garantindo a participação de todos, com aprofundamento da discussão. Já o relator teve o papel de registrar e sistematizar os produtos do encontro (MINAYO, 2010). A discussão dos grupos foi conduzida pelo moderador e secretário, utilizando, como guia, mas sem limitação, as seguintes questões norteadoras: *“Compreensão da PNH - Política Nacional de Humanização do SUS: O que entendem?; Abordagem da PNH na formação - Quais disciplinas vocês consideram que abordaram/trabalharam a PNH na formação dos futuros médicos?; Prática de atenção humanizada à saúde no serviço - Relatem uma situação que tenham vivenciado e que exemplifique uma prática de atenção à saúde humanizada no SUS; Prática de atenção não humanizada à saúde no serviço - Relatem uma situação que tenham vivenciado e que exemplifique uma prática não humanizada à saúde no serviço do SUS; e Entendimento sobre formação Humanizada - Que sugestões ofereceriam para uma formação que responda às demandas da Política Nacional de Humanização?”*.

Sequencialmente a cada questão norteadora, o debate era iniciado, respeitando, acolhendo e valorizando os sentimentos e valores de cada participante, bem como as experiências e as angústias por eles vividas no decorrer de sua formação.

A coleta de dados ocorreu após autorização e assinaturas do diretor da unidade hospitalar e do coordenador do curso, que também permitiram a realização das atividades de grupo focal.

Os sujeitos da pesquisa também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando, inclusive, o registro em mídia das reuniões, garantidos seus anonimatos. Após esta etapa, os dados começaram a ser coletados por meio das reuniões em grupos (ALVES et al., 2009).

3.1.3 Aspectos éticos e legais

O estudo seguiu todos os procedimentos éticos preceituados na Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde- CNS (BRASIL, 1996), de 10 de outubro de 1996, a respeito dos cuidados éticos envolvendo pesquisas com seres humanos. Os participantes foram esclarecidos quanto aos aspectos éticos e legais referentes à pesquisa e à obtenção de dados. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) voluntariamente, sem qualquer tipo de indução ou coação.

A pesquisa foi aprovada por meio do parecer nº 192.217, consubstanciado pelo parecer nº 209.155 do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

3.1.4 O estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto com o intuito de adequar o procedimento, o roteiro proposto e treinar a moderadora e a relatora para a técnica de Grupo Focal. Para tanto, trabalhamos com 10 alunos do nono período do curso de medicina da Universidade Federal de Rondônia. Esta etapa foi realizada nas dependências do Hospital de Base, com as mesmas condições que posteriormente seriam ofertadas sujeitos do estudo. O estudo piloto foi fundamental para o aperfeiçoamento da técnica e preparo da moderadora e da relatora, sendo também imprescindível para uma rigorosa obtenção de dados oriundos dos grupos focais.

3.1.5 Análise de dados

Para análise e interpretação dos dados foram seguidas as recomendações de pesquisadores que utilizam a técnica de Grupo Focal e abordagem qualitativa (RESSEL et al., 2008).

Após coletados, os áudios foram transcritos e atentamente lidos e relidos. As frases e expressões dos sujeitos da pesquisa foram sistematizadas, sendo observadas suas convergências de forma a possibilitar o agrupamento por

similaridades, expressando assim um discurso único (MINAYO, 2010; ORTONA, 2010).

Este estudo foi fundamentado nas proposições de Minayo (2010), com base na técnica de análise de material qualitativo (análise de conteúdo), especialmente a análise temática.

Na primeira etapa, foram percorridos os caminhos preconizados para a técnica: pré-análise, leitura flutuante, constituição do corpus e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

Na segunda etapa, efetuou-se exploração do material, buscando identificar as unidades de contexto, das quais foram extraídas as unidades de registros, gerando os núcleos de significados e resultando na construção de categorias, conforme ilustrado no APÊNDICE B.

Cinco núcleos direcionadores foram analisados: 1) Concepções de Política Nacional de Humanização; 2) Abordagem da Política Nacional de Humanização na formação; 3) Prática de atenção humanizada em saúde no serviço; 4) Prática de atenção não humanizada à saúde no serviço e 5) Formação humanizada.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Quem não compreende um olhar, tampouco compreenderá uma longa explicação”.

Mário Quintana

Apreender os resultados e compreendê-los no escopo desta pesquisa implicou assumir a complexidade do objeto de estudo delineado, bem como a leitura crítica de pesquisas sobre o tema.

Neste sentido, os dados foram organizados e discutidos por núcleos direcionadores.

4.1 NÚCLEO DIRECIONADOR: CONCEPÇÕES DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Em relação ao núcleo direcionador **Concepções de Política Nacional de Humanização** foram identificadas 11 unidades de contexto e 24 unidades de registro, apreendendo-se 04 categorias: **“ampliação da relação entre o profissional de saúde e paciente”**, **“integralidade no atendimento dos pacientes”**, **“o caminho que a medicina humanizada deve percorrer”** e **“o acolhimento nas práticas dos serviços de saúde”**.

Os estudantes entendem a PNH na perspectiva de uma **ampliação da relação entre o profissional de saúde e paciente**:

“E o Humaniza SUS vem, ao meu ver, na contramão disso, ele vem mais como aquele diálogo com o paciente e o médico tendo na consulta mais olhar para o paciente, conversar com o paciente, ficar mais tempo conversando com o paciente, examinar o paciente, tocar no paciente(...)” (B8)

“(...) o médico tem que ter a capacidade de checar aquilo, curar, humanizar a interação, procurar uma assistência à saúde especializada, um assistente social ou um psicólogo, eu entendo que o Humaniza SUS é para dar esse fino trato à relação médica com o paciente. Não tratar só a doença, mas tentar melhorar essa percepção do todo do paciente (...)” (B4)

“(...) e as pessoas precisam entender que não é uma coisa mecânica é uma percepção de como tratar” (B4).

Destaca-se, neste aspecto, a dimensão das experiências construídas no âmbito da maternidade:

“Só o fato de colocar (recém-nascido) no alojamento conjunto com a mãe é uma forma de humanização. Antigamente tinha o berçário e tudo mais” (B8).

“Eu posso contar da minha vivência na questão da pediatria que eu vivi, principalmente na questão do humaniza SUS; é a questão do Projeto Canguru, ou seja, à medida que as crianças nascem, geralmente elas ficam muito separadas das mães, ficam no berçário, ele está no berçário e eu aqui, entendeu? e elas não têm um aconchego, tipo “pele a pele” e quando você estuda todos os movimentos da criança, você percebe que isso faz parte da formação da criança e, mais à frente, isso diminui o risco de serem psicopatas e muitas coisas.” (B4)

“Eu entendo, na parte da pediatria pelo menos, essa questão do parto porque a criança nasceu e já tem que cortar o cordão umbilical e não é assim, nasceu deixa com a mãe, deixa com o cordão umbilical de três a cinco minutos, pois não precisa cortar agora. (...)” (B4)

Emergiu também, em suas falas, a necessidade dos profissionais de saúde inserirem **práticas humanizadas nas atividades de trabalho**. Vejamos:

“(...) eu acho que isso se aplica, pelo menos pra gente que vivencia mais, na prática da humanização.” (A3)

“(...) então, acho que seria ver o paciente com todas as dependências dele, com tudo que ele precisa; é aprimorar realmente toda essa questão de humanização nessa prática.” (A9)

Os estudantes também destacaram a **integralidade no atendimento dos pacientes**, cabendo aos profissionais de saúde a observância de vários aspectos:

“Eu acho que tem muito a ver também com a questão de integralidade, de tratar gente como gente (...)” (A9)

“Em relação à humanização assim, que eu me lembro que a gente estudou, existem várias diretrizes, assim dos conceitos de acolhimento, integralidade, resolutibilidade, que não é só o tratar bem o paciente, não se resume só em você ser educado com o paciente.” (A8)

Uma dimensão que emergiu nesta categoria articula-se ao caminho que a medicina humanizada deve percorrer sob a ótica dos estudantes: é o contrário do que está instalado, sendo necessário, portanto, mudar as práticas correntes:

“(...) se você for parar pra pensar no ponto de vista da assistência direta, na prestação direta de serviço, independente se é preventivo ou se é curativo, é nesse ponto de vista que é onde nós estamos inseridos, o nosso ensino, ele é predominantemente dentro da medicina curativa, dentro da medicina hospitalocêntrica (...)” (B10).

“Esse conceito de humanização vem em um contexto onde o público consumidor do serviço de saúde está acostumado com aquela medicina especialista, hospitalocêntrica e cheia de aparelhos, cheia de exames e tudo mais.(...)” (B8)

Ressaltaram ainda a importância das atitudes dos profissionais de saúde no manejo dos pacientes:

“(...) Dependendo de uma ou outra conduta não vai mudar a percepção do paciente com relação a você, mas são condutas que podem fazer uma grande diferença, mesmo que silenciosa na vida do paciente, então, assim, eu acho que passa também por atitudes silenciosas.” (B10)

Os sujeitos, em ambos os grupos focais, se referiram ao **Humaniza SUS de forma articulada com a Política Nacional de Humanização**:

“Não que isso foi ensinado, mais foi citado, que foi citado foi. Ah! Existe um projeto de Humaniza SUS que tá pra ser abordado tal, mas nunca foi explicado: ó, o humaniza SUS é isso, isso e aquilo. Falou sobre humanização e aí, dentro disso, eles citam esse projeto, mas não aprofundado.” (A8)

“Pela minha vivência e pela recepção que eu tive do Humaniza SUS é para complementar a perspectiva dos profissionais de saúde na atual conduta do paciente(...)” (B4)

“E o Humaniza SUS vem, a meu ver, na contramão disso, ele vem mais como aquele diálogo com o paciente e o médico tendo na consulta mais olhar para o paciente, conversar com o paciente, ficar mais tempo conversando com o paciente, examinar o paciente, tocar no paciente(...)” (B8)

“(...) o médico tem que ter a capacidade de checar aquilo, curar, humanizar a interação, procurar uma assistência à saúde

especializada, um assistente social ou um psicólogo; eu entendo que o Humaniza SUS é para dar esse fino trato à relação médica com o paciente. Não tratar só a doença, mas tentar melhorar essa percepção do todo do paciente (...)" (B4)

Nesta categoria, a questão do acolhimento nas práticas dos serviços de saúde se fez presente:

"Eu entendo que parecia que estavam sendo tratados como bichos e, de repente, vamos humanizar esse relacionamento, um acolhimento melhor (...)" (A3)

"Talvez seja a aplicabilidade de um dos princípios do SUS que é o acolhimento." (B2)

Os estudantes ainda verbalizaram o agendamento de consultas como um componente da humanização:

"Por exemplo, pra mim humanização é o fato das pessoas que antigamente ficavam dormindo nas filas pra conseguir marcar uma consulta, passavam de um dia pro outro pra conseguir, e hoje tem um agendamento, tem o agendamento que é feito nos postos, marcam o dia, então você não precisa mais ficar dormindo nas filas." (A4)

As falas permitiram também apreender a concepção dos profissionais de saúde sobre o SUS e seu funcionamento:

"(...) eu não vejo que todos os profissionais da área agem ou tenham uma base, um embasamento teórico sobre o que é o SUS, como funcionar, como atender, e acaba sendo que a gente tem, desde o primeiro período até o último dia de aula, Introdução à Atenção Básica, Saúde Coletiva, SUS, tudo isso" (A4).

Com relação ao SUS, houve referências sobre os mecanismos burocráticos do sistema de saúde no que diz respeito, principalmente, à organização:

"Só que eu vejo assim, que ao mesmo tempo o SUS é tão burocrático e que às vezes isso dificulta, sabe a resolubilidade do problema do paciente. É um sistema que tem uma burocracia tão grande que a população não é informada disso..." (A8).

“(...) Aí o paciente chega num local que não é um local que está designado para atender aquele tipo de patologia, e aí ele tem que voltar, ele tem que marcar consulta num determinado local e pra depois voltar naquele mesmo local que ele tinha ido primariamente (...)” (A8)

Os estudantes concebem a PNH como percursos diferentes que convergem para a finalidade de acolher e resolver integralmente as demandas dos usuários do serviço de saúde. Significa dizer que o estabelecimento da PNH tende a confrontar as práticas tecnocráticas e iatrogênicas arraigadas no Sistema Único de Saúde (SOUZA; MENDES, 2009).

Neste sentido, Souza e Mendes (2009, p. 684) assinalam: “ainda separamos o doente da doença, muitas vezes tratando a última como objeto que se dá a conhecer independentemente dos modos pelos quais o doente a singulariza no corpo e nas formas de significá-la”. Estes autores destacam a particularização das ações de saúde, inviabilizando o tratamento humanizado, segundo o proposto pelo Ministério da Saúde:

Ainda separamos as técnicas e as tecnologias, empregadas na assistência à saúde das razões e dos valores a partir dos quais são produzidas, e das maneiras, às vezes, atomizadas pelas quais são utilizadas no diagnóstico e no tratamento de agravos à saúde (p. 684).

Souza e Mendes (2009, p. 684) mencionam ainda a falta de interação entre os atores que promovem as ações de saúde, nos diversos níveis de atenção, distantes das necessidades e vontades dos usuários:

Ainda separamos ciência, política e sociedade, afastando formuladores das políticas de gestores e de profissionais, e estes dos usuários da saúde, como se não houvesse relação e interdependência entre suas posições, conhecimentos, competências e responsabilidades.

Para Barbosa et al. (2013, p. 124), o País, por meio do Ministério da Saúde, propôs o resgate e a inserção da humanização nas práticas de saúde pública, procurando envolver todos os atores, principalmente o controle social, sem prejuízo dos preceitos éticos e morais desta relação:

A humanização se configura como uma aposta ética, estética e política. Ética, pois implica que usuários, gestores e trabalhadores estejam comprometidos com a melhoria do cuidado, estética porque permite um processo criativo e sensível da produção da saúde por sujeitos autônomos e protagonistas de um processo coletivo. Político se refere à organização social e institucional, onde se espera que haja solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva do processo de gestão.

Os autores lembram ainda que, nos serviços de saúde, a integralidade no atendimento aos usuários permanece, conforme observado pelos estudantes desta investigação em suas experiências de internato. Vejamos uma de suas falas: “nos serviços de saúde ainda se mantêm a padronização de condutas e o fazer técnico como forma de organização dos serviços em detrimento ao acolhimento e integralidade do cuidado” (BARBOSA et al., 2013, p. 126).

Convergem ainda com os autores as ideias dos estudantes quanto ao caminho a ser percorrido para alcance da medicina humanizada:

Segundo a Política Nacional de Humanização, a busca é formar profissionais que na sua atuação articulem ações de eficiência técnica e científica, postura ética, mas que respeitem a necessidade e singularidade de cada usuário, sabendo que esta convivência é imprevisível e é geradora de inovação nas práticas de saúde (BARBOSA et al., 2013, p. 126-127).

4.2 NÚCLEO DIRECIONADOR: ABORDAGEM DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO

Em relação ao núcleo direcionador **Abordagem da Política Nacional de Humanização na formação** foram identificadas 10 unidades de contexto e 15 unidades de registro, apreendendo-se 03 categorias: “**a abordagem da atenção básica, saúde coletiva e medicina preventiva**”, “**a falta de interesse dos professores em captar a atenção dos alunos para a humanização**” e “**a falta de formação dos próprios professores para a temática**”.

Os estudantes destacaram a necessidade de uma abordagem mais enfática da PNH nas disciplinas do curso, principalmente na **abordagem da atenção básica, saúde coletiva e medicina preventiva**:

“Introdução à Atenção Básica, em todos os semestres a gente tem uma disciplina voltada pra isso, nós começamos com a disciplina de Atenção Básica têm a I e a II, depois passamos pra Saúde Coletiva I e II e depois medicina preventiva.” (A8)

“Uma coisa também legal é que eu ainda não passei pela Saúde Coletiva II, mas na Saúde Coletiva I é bem trabalhada essa parte do bem estar biopsicossocial.” (A8)

“(...)Eu acho que foi trabalhado e estava na diretriz teórica, mas na maioria das vezes foi muito mal trabalhada(...)” (B10)

Destacaram ainda o pouco aprofundamento do HumanizaSUS nas disciplinas ministradas, com abordagem superficial no início do curso:

“Não que isso foi ensinado, mais foi citado, que foi citado foi. Ah! Existe um projeto de Humaniza SUS que tá pra ser abordado, tal, mas nunca foi explicado, ó, o humaniza SUS é isso, isso e aquilo. Falou sobre humanização e aí, dentro disso, eles citam esse projeto, mas não aprofundado.” (A8)

“A gente teve sim matéria que fala do conceito do SUS, sobre a introdução à atenção básica, sobre as redes, tudo que o SUS segue. Agora a humanização do SUS como conceito a gente não teve, não foi aplicada na faculdade mesmo porque muitas coisas que o humaniza SUS preconiza é voltada para a prática, é mais conhecimento técnico e, na prática, é uma coisa difícil(...)” (B4)
“Ela não foi nem abordada e nem trabalhada.” (B4)

“(...) todos os semestres nós tivemos matérias sobre o SUS, saúde coletiva, IAB (introdução à atenção básica), medicina preventiva, tivemos em todos os semestres e tudo isso foi muito bem batido, muito bem visto, revisto, muitas vezes não falando diretamente sobre humanização, mas inserindo os conceitos da humanização na própria disciplina mesmo; o Humaniza SUS na verdade é uma forma de se pensar, então, toda abordagem é feita baseada nisso e aí é isso.” (B8)

Os estudantes foram enfáticos ainda quanto à **falta de interesse dos professores em captar a atenção dos alunos para a humanização**:

“O fato da gente não ser tão interessado eu creio que não seja culpa só nossa, eu creio que seja reflexo da falta de preocupação dos docentes do Departamento de Medicina (...)” (A5)

“Passamos basicamente 8 semestres, todos dentro de sala de aula, tendo aula, aula, aula, muitas vezes discussões vagas numa coisa que até ele (Professor) se perdia quando falava num assunto quase 10h depois ele tinha passado fotos de viagem e outras coisas.” (A7)

“(...) na graduação, muitos professores tentavam mostrar que na realidade você tinha que abordar o paciente, que você tinha que escutar, e a gente chegou no internato nem eles faziam isso e como a gente ia aprender, então muita da teoria que foi dada, não para todos, mas que foi passada para a gente na graduação, a gente não viu, salvo algumas exceções, isso sendo praticada e a gente tem a oportunidade sim de fazer muito melhor no trabalho(...)” (B5)

Por outro lado, destacaram que este desinteresse não era unicamente gerado pelos professores, havendo contribuição também por parte dos alunos, que priorizavam disciplinas do núcleo profissionalizante do curso:

“A gente de certa forma não está nem aí pra matéria, só pra passar de ano, porque os docentes vão lá falam e a gente parece que nem ouve, é uma dificuldade imensa de concentrar 5 segundos com o que o professor fala.” (A10)

“(...) além dos docentes não despertarem interesse na matéria sobre Saúde Coletiva principalmente, isso gera em nós, alunos, eu também que falo por vários alunos, que nós não gostamos dessa disciplina, não gosto de jeito nenhum, a gente prefere priorizar o modelo de tratamento, clínica, técnica... e o modelo humanizado a gente: Ah! De novo! Ah! eu “tô” de saco cheio! A gente até utiliza “SaCo”, Saúde Coletiva como saco.” (A10)

Destacaram a **falta de formação dos próprios professores** para a temática, bem como a necessidade de vivência na humanização como forma de sensibilizar para o tema:

“(...) até porque, os nossos professores, a maioria deles não tiveram a formação, a maioria deles não tiveram formação para abordar esse tema. Estão formados em um sistema que ainda é mais antigo que o nosso.”(B10)

“Se tivéssemos mais vivências mostrando, olha essa aqui é a parte, tem que se mudar isso e isso, e chamar nossa atenção pro serviço, creio eu que esse pensamento, esse desinteresse, como qualquer outra matéria, existem outras matérias que as pessoas não tinham interesse e eu duvido aqui que alguém se interessou por português ou filosofia e vejo da mesma forma, como ninguém puxou nossa atenção pra isso, se tivessem puxado nossa atenção, o interesse seria maior.”(A7)

Os estudantes compreendem que a PNH se expressa na graduação sob diferentes modos de formar, ensinar e aprender.

Para Ribeiro e Amaral (2008, p. 91), houve ruptura no ensino médico no que diz respeito à importância da relação corpo-mente, reforçada pela ultradivisão de especialidades, o que levou à fragmentação do homem/paciente: “com o avanço da tecnologia médica que o método clínico proporcionou, além da fragmentação corpo-mente, houve a fragmentação do próprio corpo, com a medicina se tornando cada vez mais especializada e subespecializada ao longo do século 20”.

Martins (2006, p. 282) destaca:

As escolas médicas devem, também, deixar claro, em todos os momentos do curso, que um médico deve ter uma alta competência técnica, mas deve também ter uma formação humanística e ética, e atuar de forma socialmente responsável. Os médicos com quem os estudantes convivem devem ter claro que jamais estarão ensinando apenas sua área de conhecimento, mas estão sendo modelo de atendimento aos pacientes.

Para este autor, outro desafio atual é a necessidade do currículo de formação médica se adequar ao paradigma moderno de saúde, o qual envolve parâmetros biopsicossociais, além de ambiente, cultura e acesso aos serviços de saúde. O retorno às atividades cotidianas e sociais é tão importante quanto o diagnóstico e o tratamento das enfermidades.

As falas dos alunos, no que se refere ao ensino voltado unicamente para o mercado e fragmentação do currículo, vão ao encontro das observações de Garcia e Silva (2011, p. 60):

A partir das discussões elaboradas em diferentes fóruns voltados às escolas médicas, criou-se um quadro diagnóstico da docência em medicina nada promissor: um ensino moldado principalmente pelo mercado de trabalho; uma organização curricular “fechada e estanque”, conteudística, técnica, constituída por disciplinas desintegradas; metodologia de ensino centrada na transmissão; avaliação como mecanismo de pressão e cobrança.

As autoras destacam ainda que a docência no curso de medicina, por vezes, é vista como atividade complementar profissional:

O fato de a docência em medicina, em geral, representar apenas uma atividade complementar à atuação profissional como médico, exige pensar e propor estratégias específicas de capacitação pedagógica que evidenciem o processo ensino-aprendizagem e sua relação com o saber e a prática médica (GARCIA; SILVA, 2011, p. 60).

Segundo Dichi e Dichi (2006, p. 94), a história clínica não é mera etapa ou formalidade a ser cumprida pelo clínico; trata-se, na verdade, de incluir o confronto entre as queixas do paciente e aquilo que o médico pode intervir em seu benefício. É a etapa inicial do processo de interação entre ambos.

Assim, os autores entendem: “se o conhecimento cognitivo pode ser feito à distância, o mesmo não se dá com as habilidades, a ética e a atitude, aspectos essenciais da prática médica, que devem ser feitas *in loco*, pelo testemunho da presença de quem está ensinando” (DICHI; DICHI, 2006, p. 94).

4.3 NÚCLEO DIRECIONADOR: PRÁTICA DE ATENÇÃO HUMANIZADA À SAÚDE NO SERVIÇO

Em relação ao núcleo direcionador **Prática de atenção humanizada à saúde no serviço**, foram identificadas 14 unidades de contexto e 16 unidades de registro, apreendendo-se 04 categorias: **“mobilização dos profissionais da assistência para as práticas humanizadas”**, **“vivência da prática humanizada nas disciplinas do curso”**, **“a influência da organização do sistema de saúde nas práticas humanizadas”** e **“as relações interpessoais nas práticas humanizadas”**.

Os estudantes entendem que as práticas humanizadas de atenção à saúde originam-se da **mobilização dos profissionais da assistência**:

“(...) houve uma mobilização da Unidade de Saúde da Equipe do PSF pra que houvesse marcação regular; então o paciente esperaria até meia hora pra ser atendido.” (A13)

“(...) uma senhora de 83 anos, com muita dificuldade de audição, e ela mora sozinha e tudo e o médico, com muita destreza, conseguiu atender e aí eu conversando com ela, ela falou que morava sozinha, não tem ninguém que cuidava dela, então ele olhou na ficha e não estava com endereço completo, ele pegou o endereço dela e aí ele entrou em contato com a Secretaria de Assistência Social e entrou em contato e a assistente social vai fazer o acompanhamento dessa paciente em casa.” (A4)

Destacaram também que tiveram **experiência com a atenção humanizada na assistência no decorrer do internato**:

“Deve-se ter notícias de toda situação, o que não ocorre de certa forma na Maternidade Municipal porque sempre tem um acompanhante ali, inclusive é muito estimulado que o pai esteja lá presente na hora do nascimento, que corte o cordão umbilical, então, isso, eu acredito que essa é a maior tentativa de humanização que eu vi na prática.” (A14)

“Maior exemplo que a gente tem aqui é a maternidade municipal. O direito da mulher falar com o acompanhante na hora do parto, ter o direito de estar com a criança depois do nascimento;, têm também vários tipos de escolhas que elas podem ter em relação à anticoncepção e elas são muito orientadas em relação a isso(...)” (B1)

“Eu acho que os internos praticam muito a humanização, eu acho que todo mundo que passou por lá (Hospital JP) praticam muito a humanização, mas porque é da nossa índole, é da nossa personalidade ter aquele cuidado, ou seja, não é só o ambiente desfavorável que faz com que não tem uma prática humana. Eu tratei meus pacientes de uma forma muito humana.” (B2)

Destacaram as experiências de práticas humanizadas que tiveram com os pacientes quando eram estudantes:

“Do tempo que nós estamos cuidando deles, eles têm uma sobrevida maior; é impressionante e quando eles morrem, na maioria das vezes é justamente na hora em que a gente não está lá.” (B1)

Salientaram também a participação da equipe de saúde e a necessidade de ambiência para melhor acolher os pacientes:

“Em relação à humanização, tanto ao atendimento quanto ao espaço físico, ou seja, um acolhimento mesmo, o paciente pode se instalar bem no meio hospitalar ou num atendimento primário.” (B3)

Destacaram ainda que a **organização do sistema interfere diretamente no trato humanizado dos pacientes**, muitas vezes permeado por contradições:

“Como na maternidade, ela é imposta a ter parto normal. Não é porque é parto normal, não tem nada humanizado com dor, mas é humanizado porque ela tem o direito, ela tem um acompanhante, isso é humanizado, ela tem direito a um acompanhante, mas ela não tem o direito de escolher eu quero um parto cesáreo, eu quero um parto sem dor, eu quero analgesia porque o SUS não paga. Não porque isso é melhor para a criança ou para a mãe e tudo mais.” (B3)

“Em relação a certas manobras que a gente deixa de utilizar sempre tem uma mais agressiva, embora muitas delas cheguem lá querendo fazer um parto cesárea e elas acabam tendo parto normal como se isso fosse uma escolha delas e é isso que eu não concordo, eles ficam parto normal ou parto cesárea ela que tem que escolher, mas lá ela não escolhe, mas ela vai fazer o parto normal, mas a maioria aceita bem isso, já tem esse critério até.” (B1)

Destacaram também que atitudes organizacionais simples podem contribuir para o trato humanizado:

“Eu posso contar da minha vivência na questão da pediatria que eu vivi, principalmente na questão do humaniza SUS, é a questão do Projeto Canguru, ou seja, à medida que as crianças nascem, geralmente elas ficam muito separadas das mães; ficam no berçário, ele está no berçário e eu aqui, entendeu, e elas não têm um aconchego, tipo “pele a pele” e quando você estuda todos os movimentos da criança você percebe que isso faz parte da formação da criança e mais à frente isso diminui o risco de serem psicopatas e muitas coisas.” (B4)

“(...) seria humanizada justamente se o gestor estabelecesse uma conduta com quem eu tenho que falar e pra onde é que eu tenho mandar isso aqui, isso seria humanizado, o próprio laboratório encaminhar isso e agilizar isso pro paciente, alguns, inclusive, que deram para própria família correr atrás disso.” (A9)

Salientaram a inter-relação dos profissionais de saúde com os pacientes influenciando diretamente o tratamento humanizado:

“(...)um ponto que é fundamental nesse contexto de atitudes de respeito, mesmo que ela não seja demonstrada diretamente, o paciente não está vendo, mas você está tendo respeito com o paciente, uma administração de medicamentos na hora certa, o médico com respeito com o paciente, com atitudes que não são demonstradas diretamente (...)” (B10)

“A nossa preceptora, além de tratar a doença de base, ela tinha sempre essa preocupação de estar conversando com o paciente, analisando se o paciente tinha alguma doença psicológica que tivesse talvez desenvolvendo ou exacerbando aqueles sintomas, então, se ela tinha condições de tratar, ela sempre tratava, ela encaminhava pro CAPS, pro Serviço de Psicologia ou Psiquiatria.” (A8)

Destacaram a extensa jornada de trabalho dos profissionais de saúde e seus desdobramentos no trato com o paciente:

“(...) no contexto de urgência e emergência, a rotina extenuante, a qual se passa num sistema/serviço em que um plantão de 12 horas significa 12 horas de trabalhos ininterruptos e, nesse contexto, o trato com o paciente é claro que fica prejudicado (...)” (B10)

“Não só a estrutura física, mas o deboche de alguns profissionais em relação à própria situação de saúde do paciente, essa questão de humanização é um conceito bastante complexo (...)” (B2)

No entender dos estudantes, as práticas humanizadas de atenção à saúde são indissociáveis da mobilização profissional, da vivência das práticas humanizadas, da organização do sistema de saúde e das relações interpessoais.

Caprara e Rodrigues (2004) destacam que as humanidades médicas representam um espaço para repensar a prática da medicina, agindo como vetor na qualidade da assistência por meio da personalização da relação e comunicação médico-paciente, humanização das atividades médicas, especialmente ao direito à informação. A reestruturação refletirá no grau de satisfação do usuário, corroborando a finalidade da medicina.

Para Sucupira (2007, p. 626), falta abordagem integral do paciente como centro do universo clínico:

Um aspecto importante abordado em todo o texto é a valorização do paciente como o centro e o objeto da atenção. Assim, é importante que os resultados do atendimento sejam considerados também sob o ponto de vista dos objetivos trazidos pelo paciente e não somente aqueles colocados pela queixa, inserida no modelo biomédico. Isto implica considerar as necessidades do paciente para além da queixa orgânica que ele explicita. Em seguida, o autor aponta a importância da formação pessoal e ética do médico enquanto parte dessa relação, considerando que, na intervenção, o médico é em si uma ferramenta.

Zampieri e Erdmann (2010), em pesquisa sobre cuidado humanizado no pré-natal, relataram que os participantes elegeram, entre outras pautas, a ambiência, integração da equipe, valorização financeira dos profissionais e reconhecimento profissional como fatores preponderantes de acolhimento e atendimento humanizado.

Destacaram ainda que: “centrar o cuidado no ser humano é acreditar em suas potencialidades para fazer escolhas e conduzir os eventos do ciclo do seu desenvolvimento” (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010, p. 362).

Pasche, Passos e Hennington (2011) argumentam que para adotar as práticas de saúde sem idealismos e demonização devemos nos colocar ao lado das experiências dos usuários e trabalhadores. Assinalam ainda que mudanças nas relações entre trabalhadores e usuários não podem considerar apenas a vontade

interna destes sujeitos, mas todas as forças complexas envolvidas nesta dinâmica (biológicas, sociais, culturais e políticas).

Pasche, Passos e Hennington (2011, p. 4546) ainda destacam:

[...] valorizar os sujeitos é incluí-los nos diagnósticos institucionais e na construção de estratégias de superação dos problemas. Incluir o trabalhador é retirá-lo do lugar e posição que a gestão tradicional o colocou: como incapaz, a ponto de ter que ser gerido, e como indolente e perigoso, a ponto de ser controlado. Cuidar do cuidador não se faz tampouco por medidas piedosas e paternalistas. Cuidar é produzir, com o outro, possibilidades de alteração dos processos que originam sofrimento/problemas de saúde, então “sinais e sintomas” de condições e modos de gestão e de organização do trabalho”.

Uma das principais diretrizes da PNH é o acolhimento, o qual tem se mostrado mais visível ao usuário do SUS, especialmente na atenção primária à saúde, podendo determinar a mudança no processo de trabalho e na acessibilidade (SCHOLZE; DUARTE; SILVA, 2009). Estes autores trazem importantes questionamentos acerca das possíveis razões do distanciamento do acolhimento dos trabalhadores em saúde frente aos usuários nas práticas de atenção à saúde:

O sofrimento no trabalho pode ainda ser mantido pelo desenvolvimento de estratégias defensivas que garantem a normalidade aparente e insensibilizam contra o que faz sofrer, como as demandas lançadas ao trabalhador em saúde para construir um ambiente de humanização e acolhimento dentro de um sistema que nega a subjetividade do trabalhador e do usuário (SCHOLZE; DUARTE; SILVA, 2009, p. 304).

Destacam ainda que, como estratégia de defesa psíquica frente ao sofrimento do próximo, emergem a desumanização e a insensibilidade:

Esse trabalhador protege sua saúde mental, de modo a tornar tolerável o sofrimento ético que experimenta ao infligir um sofrimento indevido ao outro, objetificando-o e a si mesmo num processo de produção de procedimentos, e não de saúde (SCHOLZE; DUARTE; SILVA, 2009, p. 304).

Assinalam também:

O acolhimento pode se tornar apenas outra denominação de pronto atendimento, caso o trabalhador da saúde não seja também acolhido. Os profissionais envolvidos nessa empreitada precisam desenvolver conceitos claros em relação a seu trabalho, evitando a sobrecarga, assumindo a participação nas decisões organizacionais e definindo claramente seus papéis como cuidadores, com comunicação clara e sem superenvolvimento que ameace sua integridade pessoal (SCHOLZE; DUARTE; SILVA, 2009, p. 310).

4.4 NÚCLEO DIRECIONADOR: PRÁTICA NÃO HUMANIZADA DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SERVIÇO

Em relação ao núcleo direcionador **Prática não humanizada de atenção à saúde no serviço** foram identificadas 17 unidades de contexto e 20 unidades de registro, apreendendo-se 07 categorias: **“falta da abordagem integral ao paciente”**, **“a abordagem não humanizada por parte dos preceptores médicos com os pacientes”**, **“o caminho que o preceptor e seus alunos devem seguir”**, **“a falta de comprometimento dos outros profissionais de saúde na atenção ao paciente”**, **“cenário profissional: estrutura física e insumos”**, **“poder de decisão do paciente frente ao tratamento e alternativas”** e **“o tratamento dos preceptores dispensado aos pacientes e alunos”**.

Os estudantes entendem a não humanização na prática de atenção à saúde como **falta da abordagem integral ao paciente**:

“O maior exemplo de todos é o João Paulo – JP (Hospital João Paulo II). A gente tem uma preceptora que ela trata única e exclusivamente a patologia do doente, se o doente for fazer qualquer queixa, que não seja a doença, ela diz pro doente: eu não estou aqui pra ser sua amiga eu estou aqui pra tratar a sua patologia. Acho que pra mim esse é o maior exemplo de todos.” (A8)

“Não só ele, como um outro desses que fazem o mesmo serviço, chega todo dia, quando estava passando com ele, o paciente chegava para conversar com ele e ele: olha, eu não posso conversar contigo, eu tenho 60 pacientes pra passar aqui, eu não posso ficar muito conversando contigo mas, a gente vê depois como é que vai fazer, tá? E pegava e saía, o paciente muitas vezes querendo uma atenção, uma explicação e era deixado a esmo.” (A7)

Destacou-se também a **abordagem não humanizada por parte dos preceptores médicos com os pacientes**:

“(…) Um paciente com pé diabético prestes a amputar, e aí o paciente falava: mas doutor, vai ter que cortar? E ele dizia assim... nossa! é..., a gente vai cortar mesmo, à tarde eu já quero passar aqui tá bom? a gente vai cortar bem aqui, na sua canela, mesmo tá, Tchou! E saiu... O paciente ficava chorando lá... enfim.” (A11)

“(...) Eu entendo na parte da pediatria pelo menos essa questão do parto porque a criança nasceu e já tem que cortar o cordão umbilical e não é assim, nasceu deixa com a mãe, deixa com o cordão umbilical de três a cinco minutos, pois não precisa cortar agora. (B4)

“(...) Ou então outro exemplo que eu vi, a mãe vai ter o bebê aí fala assim para a mãe na hora do parto: “na hora de fazer, abre as pernas, mas para ter o menino você não abre as pernas”. (B4)

Uma dimensão que emerge nesta categoria articula-se ao caminho que o preceptor deve seguir e, por consequência, seus alunos:

“Então são esses tipos de coisa que, às vezes, não é só isso e as pessoas precisam entender que não é uma coisa mecânica, é uma percepção de como tratar.” (B4)

Também emergiu a **falta de comprometimento de outros profissionais de saúde na atenção ao paciente:**

“(...) A mãe comentou que pegou a criança no centro cirúrgico nos braços e levou de volta pro Cosme e Damião no colo para voltar para o leito, sendo que na verdade tinha que ter uma maca e tudo e tal. E isso aí reflete em uma letargia dos funcionários daqui, uma total letargia, parece que eles vivem na década de 80 ainda.” (B8)

Outro destaque apresentado pelos estudantes foi a **falta de ambiência e estrutura no cenário profissional:**

“Como eles falaram da jornada tripla, da remuneração, mas, além disso, as condições de estrutura mesmo, por exemplo, os hospitais não atendem à demanda, os pacientes ficam no chão e isso já não é humanização, os pacientes não têm nem onde ficar, então, além do nosso acolhimento, o ambiente também tem que ser acolhedor, pois a pessoa está doente ou está ali para marcar uma consulta e já começa a quebrar por aí a ideia da humanização.” (B6)

“(...) O paciente no chão, deitado no chão sem maca, cheiro ruim, às vezes cheiro de urina insuportável, às vezes faltando luz tendo que trabalhar.” (B7)

Destacaram também a **falta de insumos e sua influência no atendimento não humanizado:**

“Além dessa colocação que o B10 colocou nas questões longas de trabalho e da remuneração, há também uma grande dificuldade do médico aqui em Rondônia de exercer sua função plenamente até pelas questões de precariedade, da medicação que falta, vários medicamentos que faltam, pois muitas vezes você prescreve medicamento e falta que é essencial para o paciente (...)” (B7)

Foi salientado por eles o **poder de decisão do paciente sobre seu tratamento e as alternativas possíveis**, gerando uma discrepância entre o atendimento público e o privado:

“Aquele questão da paciente poder decidir se ela quer fazer um parto normal ou um parto cesárea entra nisso porque no SUS não é permitido tomar essa decisão.” (A8)

“Eu particularmente, falando agora como mulher, não como profissional da saúde, eu quero ter o direito de decidir se eu quero ou não parto normal, eu tenho pavor só de pensar que eu vou ficar lá horas sentindo dor... Eu quero poder fazer meu parto cesárea. Mas imagine essas mulheres que pensam nisso, mas não vão poder fazer cesárea porque não têm dinheiro.” (A9)

Mencionaram também situações em que **preceptores não tratam os pacientes de forma humanizada** no momento em que os expõem sem o devido cuidado com sua dignidade:

“Chegou uma paciente com artrite, observei o quadro, aí o preceptor achou interessante que fosse mostrado para os outros alunos, aí a paciente acabou ficando com seu corpo desprotegido, com várias pessoas próximas, foi um constrangimento para a paciente.” (A13)

Outro destaque foi que o gerenciamento inadequado acaba ocasionando atendimento não humanizado:

“Num local onde eles tentaram fazer humanização, alguma coisa nesse sentido, mas está sendo totalmente contrário, são as UPAs; ver que eles tentaram acolher todo mundo, se fizer uma coisa bem humanizada, servir ali até onde eles podem, mas está servindo o contrário, muitas pessoas quando chegam não são pra elas estar lá, são recebidas e querem receber elas

posteriormente ao atendimento inicial não faz esse atendimento humanizado, há uma falta de preparo das pessoas que estão fazendo a triagem. Então, a tentativa de humanização acabou se tornando numa não humanização.” (A7)

“Eu acho que a gente tem várias experiências... Por exemplo, no ambulatório da POC chegou uma paciente, que é do interior, especificamente pra consulta, mas por algum erro dentro da unidade não estava marcada e aí simplesmente disse que não ia atender e ela perdeu a viagem, não teve nenhum acesso à saúde; são ainda outros aspectos a serem humanizados.” (A12)

Mencionaram situações de fuga do protocolo humanizado estabelecido na unidade de saúde por falta de informação acessível aos pacientes:

“Agora assim, porque ficou com uma imagem muito bonita da maternidade municipal, parto humanizado e tudo... mas lá na maternidade a ideia do parto humanizado tem escrito bem grande num banner de que é proscrita a manobra de Kristeller e praticamente 80% dos partos são feitos na manobra de Kristeller. Está escrito bem grande lá: não fazer parto na manobra de Kristeller, porque assim, como não tem uma forma dizendo o que é a manobra de Kristeller. Ah, o nome é bonito, mas ninguém sabe o que é” (A4)

“(...) vamos agilizar isso aqui que eu preciso dormir, Então, vai lá e nasce a criança. A paciente não é o problema, tirei a criança, agora vamos ver o que dá. Estou dizendo porque lá a gente tenta dizer, mas não pode ser dito isso lá, faz, mas não vai pro relatório.” (A4)

Verbalizaram a **abordagem não humanizada por parte dos preceptores e médicos com os alunos**:

“Acho que o tratamento humanizado também pra gente, porque assim, a gente só trabalha em condições onde recebe “patada”, ordem de todo mundo, todo mundo quer ser superior a gente em algum aspecto. Então, assim, a começar pela humanização do tratamento com o aluno, do respeito; às vezes falta muito respeito com a gente. Pra isso não virar uma rotina e achar que isso é normal e se não ter essa consciência, acaba isso indo pra frente.” (A3)

“Uma coisa que o B11 falou aqui, a gente está falando muito da relação do médico com o paciente, mas a relação do médico com o próprio interno já não é uma relação humanizada e já

começa por aí essa questão da humanização. O João Paulo ainda está um pouquinho assim indo bem, tem um pouquinho de organização, grande parte sem dúvidas é por causa dos internos(...)" (B7)

Mencionaram ainda que o mercado de trabalho interfere na formação dos profissionais médicos, incidindo diretamente na relação de humanização no atendimento:

"(...) Agora a gente tem que se perguntar : essa humanização que a gente quer dentro da nossa realidade, nosso sistema, é possível? Eu acho que é uma pergunta a ser feita. Independentemente da resposta, eu penso que para a gente ter uma formação, como eu já disse, apesar dos esforços para tornar a nossa formação mais humanizada, o que a gente vê é que a nossa formação continua pautada e direcionada pelo mercado e pela estrutura do serviço de saúde. Uma das primeiras falas do nº B8 a estrutura dos serviços de saúde." (B10)

Os estudantes entendem que a prática não humanizada de atenção à saúde no serviço envolve aspectos relativos à forma de abordagem do paciente, comprometimento da equipe de saúde, insumos e estrutura física do serviço, direito à informação sobre tratamento, gerenciamento do serviço e relação professor-aluno refletida no atendimento ao paciente.

Para Tapajós (2007), um dever inerente à educação médica é também preparar o estudante para a comunicação de más notícias, tais como doenças graves e morte. Em geral, não há componentes específicos ou transversais sobre esta importante temática e a abordagem tem sido mais voltada ao modelo biomédico em detrimento do humanístico, distanciando-se do processo ensino-aprendizagem de humanidades médicas.

Segundo Caprara e Franco (1999), a melhoria da relação médico-paciente permeia a assistência personalizada, atendimento humanizado e informação assegurada como direito:

Contemporaneamente, a relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (CAPRARA; FRANCO, 1999, p. 649).

Por esta linha também caminham Ferreira e Silva (2007), salientando a importância de maiores investimentos na divulgação de informações sobre os princípios e diretrizes do SUS para que os usuários tenham conhecimentos, desdobrando-se na cultura de corresponsabilidade no controle das ações públicas.

Segundo Jorge Neto (2013), a identidade é um grupo de representações que, em síntese, se traduz pelo conjunto de características biológicas, sociais e psicológicas inerentes a cada indivíduo ou grupo, de tal forma que denote o reconhecimento. Com base neste pressuposto, temos uma identidade profissional e outra pessoal. Neste contexto, a identidade médica (profissional) permeia a vida pessoal, com ela se confundindo, tornando indissociável o sujeito de seu trabalho.

A formação da identidade médica dos alunos necessita ser observada e sofrer intervenção mediante análise da correlação de forças atuantes no processo de inserção social do indivíduo. O ensino médico fragmentado tende a colaborar para deformações adaptativas do futuro profissional (JORGE NETO, 2013). O autor alerta:

Apenas conhecimentos não serão jamais suficientes para atribuir a algum profissional competência clínica e, em consequência, desempenho médico satisfatório. Armado apenas com elementos cognitivos, o médico correrá o risco de ser um mero executor de técnicas e receptor de medicamentos. Nessas condições, ele estará correndo outro risco: o de sacrificar sua condição de pessoa, dotada de racionalidade, liberdade e responsabilidade (JORGE NETO, 2013, p. 268).

Para Ramos-Cerqueira e Lima (2002), diversos autores já destacaram a importância do relacionamento professor-aluno para a tríade aluno-médico-paciente.

É importante destacar que as motivações que levam jovens adolescentes a uma opção profissional tão relacionada à dor, sofrimento e morte pertencem a dois níveis: conscientes e inconscientes. No que se refere às motivações conscientes - muitas vezes expressas por estudantes, as mais apontadas são: o desejo de compreender, de ver, o desejo de contato, o prestígio social, o prestígio do saber, o alívio prestado aos que sofrem, a atração pelo dinheiro, a necessidade de ser útil, a atração pela responsabilidade ou pela reparação, o desejo de uma profissão liberal e a necessidade de segurança (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

4.5 NÚCLEO DIRECIONADOR: FORMAÇÃO HUMANIZADA

Em relação ao núcleo direcionador **Formação humanizada**, foram identificadas 13 unidades de contexto e 17 unidades de registro, apreendendo-se 05 categorias: **“abordagem inadequada de humanização e inserção intempestiva na matriz curricular”**, **“a necessidade da aplicação pedagógica do tema em consonância com a matriz curricular”**, **“a abordagem pertinente da humanização para captação do interesse do aluno”**, **“a estruturação do ambiente acadêmico nos campos de estágio curricular”** e **“a ênfase no atendimento humanizado na relação entre professor, aluno e paciente”**.

Os estudantes entendem que a **formação humanizada dos professores médicos foi deficiente**, resultando em pouca qualificação para esta abordagem com os seus discentes:

“Eu considero, pelo foco da nossa formação, é a formação dos nossos mestres, não apenas das universidades onde eles foram formados, mas, sim, a orientação que eles têm quanto à disciplina que eles vão ministrar, o embasamento teórico, a troca de experiências que eles têm, numa tentativa de qualificação desse preceptor que está nos preceptorando (...)”
(A1)

Também foi destacada a necessidade da inserção da humanização, com tempestividade, na matriz curricular dos cursos de medicina:

“Uma hora inadequada também, no começo da faculdade, a gente não tá pensando em descentralização e não sei o quê... Eu estou aprendendo a contar pulso... Que eu vou querer saber disso, sabe?” (A8)

“Nem tanto assim, atendimento de médico-paciente, no geral, poder colocar desde o começo da faculdade, como se fossem projetos observacionais nas Unidades de Saúde: O que você pode mudar ou no JP? O que você pode mudar ou o que você poderia mudar para melhorar, baseando naquilo que você viu na teoria?” (A7)

“Eu concordo com o B10, o ensino tem que tentar trabalhar o sistema no qual a gente vai ser inserido, trabalhar, do ponto de vista humano, a relação com o paciente e pra isso também fonte estrutural que foi muito bem falado e englobando todo o sistema, desburocratizar muitas coisas que já foi falada aqui pelos internos, boa parte poderia ser feito para o paciente[...]” (B9)

Assinalam também a **necessidade da aplicação pedagógica do tema em consonância com a matriz curricular:**

“(...) na questão da educação do bebê para a gente ter um paralelo para saber o que o SUS faz sobre a humanização, lógico que eles têm, todos os dias, hipertensos tal tudo, mas assim isso não é implementado dentro da carga horária, entendeu, teve diabetes, teve hipertensão, entendeu (...)”

Destacaram a abstração na abordagem da humanização, discussões em sala de aula sem efeito prático de apreensão do conteúdo e a ênfase na patologia:

“Outra questão importante é que, além de serem temas muito abstratos, que as discussões muitas das vezes tornam redundantes. Nossa grade curricular tem mais de 70% em relação ao estudo específico da patologia. Então, há pouco tempo, além da falta de experiência pra gente poder praticar os próprios conceitos da humanização.” (A6)

“(...) Na hora que você chega aqui você não tem tempo nem pra ver isso. Então, se tivesse uma prática aqui, quando vocês estiverem aqui, fazendo outras coisas e aí fazendo isso, presta atenção nisso, como se fosse aula de canto (...)” (A4).

Assinalaram a **necessidade de abordagem teórico-prática da humanização como forma de captar o interesse do aluno e ampliar a compreensão sobre a importância do tema:**

“(...) A forma é chamar a atenção dos alunos com aulas mais práticas, mais interessantes, em que ele pudesse estar explicando pra gente na prática, os docentes, no caso, dando essa explicação na prática pra gente pra que não fique só aquilo na cabeça dar a teoria, mas sim embasado na prática. Não adianta você ter só teoria e não ter prática; como nós não tivemos prática, basicamente no internato e aí você perde todo esse período de estudo para nada.” (A7)

“Na época que a gente tem teórica, a gente não tem noção nenhuma, então, quando você chegar lá, você vai fazer isso, quando vocês chegarem.” (A4)

“Contextualizar dentro dessa prática pra que a gente possa ver o que está tendo de errado e o que a gente pode fazer pra melhorar.” (A9)

“Pelo fato do conceito do SUS, como o B4 falou, ter sido muito abordado na prática e a gente viu sim questões teóricas na faculdade sobre humanização, mas se não colocou em prática acaba se perdendo.” (B8)

Para os discentes, outro aspecto que também afeta a formação humanizada é **a falta de estrutura de ensino nas unidades de saúde:**

“(...) Então, o nosso internato, boa parte dele, praticamente 100% dele, a gente acompanha um médico no serviço dele. Não é uma estrutura de ensino preparada pra ele ficar ali pra gente aprender com calma, orientar como professor, não, ele tá ali como médico no horário de trabalho dele, atendendo muitos pacientes, e a gente acaba muito mais aprendendo tocar serviço do jeito que ele faz, com rapidez, do que na estrutura de ensino mesmo.” (A2)

“Outro ponto também é a falta de um hospital universitário. A gente acaba sendo muito prejudicado por causa disso, além de ter uma universidade federal aqui e tem duas universidades particulares também, todos dividindo o mesmo escasso campo de estágio que é disponibilizado. (B7)

“(...) E com isso aquele que, muitos dos médicos que a gente passa por eles na verdade não são nem os nossos preceptores, a gente tem que estar correndo atrás de um médico plantonista para poder aprender um pouco mais, né(...) (B7)

Entendem que ainda falta a devida **ênfase no atendimento humanizado** médico-paciente e relação humanizada entre médico e interno, correlacionando-os ao que ocorre no sistema de saúde:

“(...) Então, como a gente tá numa estrutura completamente errada, num sistema que não funciona, onde não tem exame, os consultórios estão lotados e os médicos não têm tempo pra nada, nem todo mundo acho que tem consciência de não propagar aquilo, eu acho que, às vezes, aquilo se torna comum (...)” (A2)

“(...) essa abordagem você tem que saber ao sair da graduação, saber todos os programas que tem dentro do SUS, coisas que na minha concepção eu não tenho esse conhecimento já consolidado, mas a gente sai da faculdade sem saber tudo, pelo menos saber o que o SUS tem de humanização; isso é um curso de vivência, 90% disso sem condição.” (B4)

“Eu acho que a melhor forma da humanização contribuir na nossa formação seria se a gente realmente a visse na prática, vendo ela na prática as coisas ficam mais fácil, não só a gente tentando fazer sozinho, entendeu.” (B1)

Na concepção dos estudantes, a formação humanizada deficiente dos professores refletiu na abordagem no decorrer do curso, seja na matriz curricular ou na tríade professor-aluno-paciente.

Barbosa et al. (2013) assinalam que o ensino de graduação nas áreas de saúde deve formar profissionais com capacidade não apenas de solucionar os problemas, mas também elaborar novos questionamentos no sentido da inventividade, pois é esta invenção que permeia a possibilidade do novo, com vistas a resolver as constantes imprevisibilidades nos serviços de saúde. Assinalam também o valor das rodas de conversa e a importância cotidiana dos trabalhadores da saúde.

Para alcance da inovação educativa exigem-se novas formas de organização e de produção de conhecimento, intimamente ligadas aos desafios das práticas sociais. Na área de saúde, as diretrizes curriculares e as constantes implantações de novos serviços contribuíram para a abertura a inovações (BATISTA et al., 2005).

Os autores destacam:

Esses nós críticos traduzem desafios para construir propostas formativas em saúde, sinalizando para a relevância de que os professores construam um saber sobre esse enfoque por meio de atividades investigativas sobre os contextos em que estão inseridos, suas práticas docentes e os possíveis impactos gerados no cotidiano profissional de egressos (BATISTA et al., 2005, p. 237).

Almeida (2011) discorre sobre a construção do sujeito médico no período de formação profissional durante a graduação:

Os mecanismos institucionais que atuam sobre os processos de socialização do estudante de medicina durante a graduação parecem atuar no sentido de anular os elementos subjetivos e a individualidade do aluno, para que este se molde, o mais fielmente possível, a uma figura de médico que corporifique a medicina (ALMEIDA, 2011, p. 748).

Para Barbosa et al. (2013), o ensino é um aliado de mudanças que devem ocorrer por duas vias principais: a educação permanente dos profissionais de saúde no ambiente do serviço, enfatizando o cotidiano do trabalho e valorizando as práticas e os saberes de cada membro da equipe; a outra via segue em direção à cisão do

ensino de graduação em saúde com ênfase nos procedimentos técnicos, valorizando as práticas cuidadoras e a interação entre usuários e o trabalho em equipe.

O entendimento dos estudantes também vai ao encontro da compreensão de Alves et al. (2009, p. 558) a respeito da fragmentação entre teoria e prática:

Na visão dos estudantes, outro aspecto relacionado ao processo ensino-aprendizagem é a dicotomia existente entre a teoria e a prática, mais especificamente entre as ciências básicas e a clínica, levando a uma formação fragmentada, em que os conhecimentos vêm despidos de seus processos e sentidos, não propiciando uma visão integral do indivíduo e de seu processo saúde-doença.

Para Caprara e Rodrigues (2004, p. 144), a formação médica tem se distanciado do humanismo ao inculcar no aluno a primazia do modelo biomédico:

[...] durante a formação os estudantes adquirem a consciência do que deve ser ignorado, excluído, reforçando a lógica biomédica. Na realidade, o conto do paciente muitas vezes não contém somente elementos de história da doença, mas também elementos de história social.

As autoras ainda sugerem a mudança curricular com vistas a alcançar um perfil que prepare o estudante segundo um novo processo formativo para melhorar a relação médico-paciente:

Para que o currículo tenha um perfil adequado, observamos que é importante que o tema da relação médico-paciente esteja presente durante todo o processo formativo; bem como a inserção imprescindível da abordagem interdisciplinar (clínica, psicologia, ciências sociais) (CAPRARA; RODRIGUES, 2004, p. 144).

No momento em que as escolas médicas encontram-se estimuladas a rever seus projetos pedagógicos, seja pela divulgação das diretrizes curriculares ou pelos incentivos atualmente oferecidos pelos Ministérios da Educação e da Saúde, é fundamental refletir sobre a construção da subjetividade desse profissional (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.”

Paulo Freire

No âmbito deste trabalho, foi observado que os alunos do curso de medicina da Universidade Federal de Rondônia, apesar de relatarem não terem tido o ensino da humanização ou da PNH de forma significativa no decorrer do curso, compreendem as principais diretrizes da humanização.

Este olhar discente sinaliza para a necessidade de ampliar o período de internato, com base no reconhecimento da importância ímpar das experiências vividas no decorrer de todo o curso e especialmente neste momento final. Caso contrário, não se pode exigir atendimento integral, holístico e humano quando se aprende, por vezes por meio de atos, a medicina na perspectiva biomédica.

Há de se afirmar ainda a importância da vivência destes jovens com uma prática ética de medicina, pois, assim como ocorre com o rio de Heráclito de Éfeso, quando se banham com ensinamentos e vivências, não serão mais os mesmos, pois tudo flui em constante renovação e, a exemplo do rio, estes jovens também se renovarão.

Os alunos relataram, com orgulho, a experiência da prática, considerando-a importante para sua plena formação, como médicos e pessoas. Expressaram alegria por poder ajudar o outro, o que pode imprimir valores ao caráter destes jovens.

Identificaram a necessidade de ambiência no cenário de prática para o efetivo exercício profissional, compreendendo, diante de sua ausência, as consequências para o resultado do serviço.

Durante as atividades de estágio, os estudantes puderam perceber como as equipes trabalham a questão da humanização no atendimento e de que forma a organização do sistema de saúde interfere no atendimento humanizado. Estas experiências foram importantes para que desenvolvessem senso crítico, propondo, inclusive, alternativas para resolução dos nós críticos.

Em contrapartida, também perceberam que atitudes organizacionais simples podem modificar, de forma positiva, o atendimento aos pacientes.

Emergiu ainda que a abordagem integral do paciente é condição indissociável da prática humanizada, direcionando o caminho a ser trilhado pelos médicos, professores e alunos dos cursos da área de saúde.

Houve referências quanto à necessidade do paciente ser informado sobre seu estado de saúde e tratamentos disponíveis; criticaram as imposições e a falta de esclarecimentos, os quais, em seus entendimentos, constituem um direito inalienável dos usuários dos serviços de saúde.

Assim como os professores, os locais de estágio devem ser preparados para o espaço acadêmico e humanista uma vez que representam importantes campos de formação prática, essenciais na etapa final do curso de medicina. Neste contexto, os estudantes criticaram a exposição desnecessária de pacientes no ambiente do estágio e identificaram despreparo de preceptores quanto a este aspecto.

A fragmentação no currículo, sinalizada pelos discentes quanto ao ensino teórico e vivência da humanização nas atividades práticas das disciplinas e do internato, especialmente sobre a Política Nacional de Humanização, foi considerada um dos desafios para melhoria da educação médica.

Emergiu desta discussão a necessidade de integrar disciplinas de forma a possibilitar um conteúdo programático de natureza interdisciplinar.

Acredita-se que a divulgação dos resultados deste trabalho e a corroboração dos achados de outros estudos são necessárias para aprofundar a discussão acerca do ensino médico, o que pode contribuir para uma formação mais humana, contemplada também nos currículos acadêmicos.

Assim, buscando ampliar o debate, a criação de um Núcleo de Estudos de Humanidades em Saúde (APÊNDICE D) configura-se como o produto desta dissertação de mestrado. Desenha-se um núcleo, onde sejam realizadas rodas de conversas, nas quais alunos e professores possam se expressar a respeito das aprendizagens sobre Humanização e Política Nacional de Humanização. Um espaço para discussões permanentes das propostas curriculares do curso, fomentando e propondo inovações curriculares de modo a ter, na humanização, um potente conteúdo e disparador metodológico para a formação médica.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. V.; CHAVES, E. C. O ensino da humanização nos currículos de graduação em enfermagem. **Einstein**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 271-278, 2009.

ALMEIDA, M. T. A ordem médica e a desordem do sujeito na formação profissional médica. **Rev. Bioét.**, Brasília, DF, v. 19, n. 3, p. 741-752, 2011.

ALVES, A. N. O. et al. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de Medicina da UFRN - Natal - RN - Brasil. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, 4, p. 555-561, 2009.

AMARAL, J. L. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. 2007. 213 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

AZEVEDO, C. C.; RIBEIRO, M. A. T.; BATISTA, S. H. S. O humanismo na perspectiva de estudantes de Medicina da UFAL. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 586-595, 2009.

BARBOSA, G. C. et al. Política nacional de humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. 1, p. 123-127, 2013.

BARROS, M. E. B.; BENEVIDES, R. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Unijuí, 2007. p. 185-202.

BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-237, 2005.

BATISTA, S. H. S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. Ministério da Educação. Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização (PNH): a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Educação. **Instituições de educação superior e cursos cadastrados**. c2012. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br>>. Acesso em: 17 jan. 2012.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1865-1874, 2007a. Suplemento.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007b.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 219-226, 2012.

CHUDO, M. L.; SONZOGNO, M. C. O processo de ensino-aprendizagem de adultos universitários: um caso da biologia educacional na formação de educadores. **Investigações Ensino Ciênc.**, v. 12, n. 2, p. 183-203, 2007.

DICHI, J. B.; DICHI, I. Agonia da história clínica e suas consequências para o ensino médico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 93-97, 2006.

FERREIRA, I. L. M.; SILVA, T. P. T. A humanização da medicina no Brasil: reflexões. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 3, p. 206, 2007.

- GARCIA, M. A. A.; SILVA, A. L. B. Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 58-68, 2011.
- GOMES, R. et al. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 71-83, 2009.
- HECKERT, A. L.; NEVES, C. A. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e praticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2007. p. 145-160.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 17 jan. 2012.
- JORGE NETO, A. D. Identidade profissional e as humanidades na Famed/UFU. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 266-274, 2013.
- MARTINS, M. A. Ensino médico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 282, 2006. Editorial.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 59-71, 2003.
- NUNES, E. D. Cem anos do relatório Flexner. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 956-956, 2010. Suplemento 1.
- ORTONA, C. A. **Percepção de representantes da imprensa escrita de São Paulo a respeito da humanização dos serviços de saúde**. 2010. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.
- PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PASCHE, D. R.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 92-100, 2008.

PEREIRA, E.; MERCURI, E.; BAGNATO, M. H. Inovações curriculares: experiências em desenvolvimento em uma universidade pública. **Currículo Sem Fronteiras**, [Pelotas], v. 10, n. 2, p. 200-213, 2010.

PINTO, R. M. et al. Primary care and public health services integration in Brazil's unified health system. **Am. J. Public Health**, New York, v. 102, n. 11, e69-e76, 2012.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; LIMA, M. C. P. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em medicina. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 6, n. 11, 107-116, 2002.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm.**, Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na política nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 303-314, 2009.

SILVA, R. C. P.; ARIZONO, R. D. A política nacional de humanização do SUS e o serviço social. **Rev. Cienc. Hum (UNITAU)**, Taubaté, v. 1, n. 2, p. 1-12, 2008.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 13, p. 681-688, 2009. Suplemento 1.

SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 624-627, 2007.

TAPAJOS, R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, vol. 11, n. 21, p. 165-172, 2007.

ZAMPIERI, M. F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 359-367, 2010.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você a participar da pesquisa intitulada “A percepção dos discentes do curso de medicina da Universidade Federal de Rondônia sobre a Política Nacional de Humanização-PNH” que está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A pesquisa será desenvolvida por meio da realização de reuniões com o estabelecimento de Grupos Focais no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, e essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que tem o objetivo de analisar a compreensão e a percepção dos discentes de Medicina da Universidade Federal de Rondônia (UNIR) no processo ensino-aprendizagem sobre a Política Nacional de Humanização (PNH). Serão realizadas reuniões em grupo de alunos concluintes do curso de medicina, e os dados coletados serão sistematizados para posterior análise dos dados.

Ao final do estudo será possível Identificar os conceitos da PNH dos acadêmicos de medicina da UNIR; Gerar componentes para a melhoria das práticas de ensino da UNIR e obter referencia para mudança curricular na integração ensino-serviço, nas instituições de ensino de medicina no estado de Rondônia.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a Professora Ivania da Conceição Alves Storer que poderá ser contatada pelos telefones (69) 3216-5746 e (69) 9209-1502, bem como, pelo e-mail: ivania.storer@yahoo.com.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, 5571-1062, FAX: 5539.7162 – e-mail: cepunifesp@epm.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Fica assegurado também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há remuneração financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisadora principal, em utilizar os dados e o material coletados somente para esta pesquisa, garantindo o anonimato dos participantes.

CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo A PERCEPÇÃO DOS DISCENTES DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA (UNIR) SOBRE A POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH).

Eu concordo em participar desta pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesta Universidade.

_____ Data: ___/___/___

Assinatura por extenso do sujeito da pesquisa ou responsável legal

_____ Data: ___/___/___

Assinatura da testemunha

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária do Consentimento Livre e Esclarecido o consentimento para a participação neste estudo.

_____ Data: ___/___/___

Ivania da C. Alves Storer

(Pesquisadora)

APÊNDICE B

Guia Temático

Temática 1: Política Nacional de Humanização

Compreensão sobre:

Compreensão dos estudantes sobre PNH
Compreensão dos estudantes sobre PNH e formação
Compreensão dos estudantes sobre PNH e o SUS

Temática 2: Formação

Compreensão sobre:

Caracterização de disciplinas que abordam a PNH
Compreensão dos estudantes sobre PNH
Identificação de disciplinas que abordam a PNH
Abordagem da PNH no curso de medicina
A PNH e o curso de medicina
A PNH e os docentes do curso de medicina

Temática 3: Práticas no serviço de saúde

Compreensão sobre:

Práticas humanizadas e os profissionais do serviço
Dificuldades para realização de práticas humanizadas
Práticas humanizadas desenvolvidas pelos graduandos
Projetos interdisciplinares e a PNH

Temática 4: Práticas não humanizadas no serviço de saúde

Compreensão sobre:

Conhecimento sobre práticas não humanizadas
Estrutura dos serviços e as práticas não humanizadas
Relação médico-paciente e as práticas não humanizadas
Práticas humanizadas na relação professor-aluno

Temática 5: PNH na formação

Compreensão sobre:

Sugestões para o desenvolvimento da PNH
Inserção da PNH no PPP do curso
Inserção da PNH nos componentes práticos das disciplinas
Estrutura de ensino e formação deficiente nas práticas humanizadas

APÊNDICE C

Quadros Analíticos

QUADRO ANALÍTICO A1
NÚCLEO DIRECIONADOR - CONCEPÇÕES DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
TEMÁTICA – POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO (Ideia chave)	CATEGORIAS
A	<i>“Eu entendo que parecia que estavam sendo tratados como bichos e de repente vamos humanizar esse relacionamento, um acolhimento melhor, eu acho que isso se aplica pelo menos pra gente que vivencia mais na prática da humanização.”(A3)</i>	<i>“Eu entendo que parecia que estavam sendo tratados como bichos e de repente vamos humanizar esse relacionamento, um acolhimento melhor,(...)” (A3)</i> <i>“(...) eu acho que isso se aplica pelo menos pra gente que vivencia mais na prática da humanização.”(A3)</i>	Compreensão dos estudantes sobre PNH
A	<i>“Eu acho que tem muito haver também com a questão de integralidade de tratar gente como gente. Então, não é porque o paciente chegou ali com uma perna quebrada que eu só vou ver aquela perna quebrada, eu vou esquecer que aquele paciente tá com medo, eu vou esquecer que ele tá com fome, que ele tá ali, então acho que seria ver o paciente com todas as dependências dele com tudo que ele precisa é aprimorar realmente toda essa questão de humanização nessa prática.”(A9)</i>	<i>“Eu acho que tem muito haver também com a questão de integralidade de tratar gente como gente (...)”(A9)</i> <i>“(...) então acho que seria ver o paciente com todas as dependências dele com tudo que ele precisa é aprimorar realmente toda essa questão de humanização nessa prática.”(A9)</i>	
	<i>“Não que isso foi ensinado, mais foi citado, que foi citado foi. Ah! Existe um projeto de Humaniza SUS que tá pra ser abordado tal, mas nunca foi explicado, ó o humaniza SUS é isso, isso e aquilo. Falou sobre humanização e aí dentro disso eles citam esse projeto, mas não aprofundado. O mais próximo que eu soube disso foi realmente na maternidade que eles dizem que lá que é o parto humanizado que o parente pode ficar junto com a parturiente, esse é o contato de humanização que tive.”(A8)</i>	<i>“Não que isso foi ensinado, mais foi citado, que foi citado foi. Ah! Existe um projeto de Humaniza SUS que tá pra ser abordado tal, mas nunca foi explicado, ó o humaniza SUS é isso, isso e aquilo. Falou sobre humanização e aí dentro disso eles citam esse projeto, mas não aprofundado.” (A8)</i> <i>“O mais próximo que eu soube disso foi realmente na maternidade que eles dizem que lá que é o parto humanizado que o parente pode ficar junto com a parturiente, esse é o contato de humanização que tive.” (A8)</i>	

Continua...

...continuação

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO (Ideia chave)	CATEGORIAS
	<p>“Em relação à humanização assim, que eu me lembro que a gente estudou, existem várias diretrizes, assim dos conceitos de acolhimento, integralidade, resolubilidade, que não é só o tratar bem o paciente, não se resume só em você ser educado com o paciente. Tratar assim de uma forma mais, digamos, humana. É uma série de fatores que você tem que facilitar a vida dele para que no final o problema que ele tinha seja resolvido. Só que eu vejo assim que mesmo tempo o SUS é tão burocrático e que às vezes isso dificulta, sabe, a resolubilidade do problema do paciente. É um sistema que tem uma burocracia tão grande que a população não é informada disso, por exemplo, se o paciente tem uma febre, aonde é que ele deve ir? Ele tem que ir no Pronto Socorro? Ele tem que ir na UPA? Aonde é que ele tem que ir? Aí o paciente chega num local que não é um local que está designado para atender aquele tipo de patologia, e aí ele tem que voltar, ele tem que marcar consulta num determinado local e pra depois voltar naquele mesmo local que ele tinha ido primariamente, quer dizer, eu acho que falta um pouco de informação não só dos profissionais, mas também da população, entendeu?” (A8)</p>	<p>“Em relação à humanização assim, que eu me lembro que a gente estudou, existem várias diretrizes, assim dos conceitos de acolhimento, integralidade, resolubilidade, que não é só o tratar bem o paciente, não se resume só em você ser educado com o paciente.”(A8)</p> <p>“Só que eu vejo assim que mesmo tempo o SUS é tão burocrático e que às vezes isso dificulta, sabe, a resolubilidade do problema do paciente. É um sistema que tem uma burocracia tão grande que a população não é informada disso,(...)” (A8)</p>	
	<p>“Por Exemplo, pra mim humanização é o fato das pessoas que antigamente ficavam dormindo nas filas pra conseguir marcar uma consulta, passavam de um dia pro outro pra conseguir, e hoje tem um agendamento, tem o agendamento que é feito nos postos, marcam o dia, então você não precisa mais ficar dormindo nas filas.”(A4)</p>	<p>“Por Exemplo, pra mim humanização é o fato das pessoas que antigamente ficavam dormindo nas filas pra conseguir marcar uma consulta, passavam de um dia pro outro pra conseguir, e hoje tem um agendamento, tem o agendamento que é feito nos postos, marcam o dia, então você não precisa mais ficar dormindo nas filas.”(A4)</p>	Compreensão dos estudantes sobre PNH
	<p>“Com relação a população nem discuto muito porque eu não tive muito contato com essa parte, o contato que eu tive só com outros profissionais, e eu não vejo que todos os profissionais da área agem ou tenham uma base, um embasamento teórico sobre o que é o SUS, como funcionar, como atender e acaba sendo que a gente tem desde o primeiro período até o último dia de aula, Introdução à Atenção Básica, Saúde Coletiva, SUS, tudo isso.”(A4)</p>	<p>“(…)eu não vejo que todos os profissionais da área agem ou tenham uma base, um embasamento teórico sobre o que é o SUS, como funcionar, como atender e acaba sendo que a gente tem desde o primeiro período até o último dia de aula, Introdução à Atenção Básica, Saúde Coletiva, SUS, tudo isso.”(A4)</p>	Compreensão dos estudantes sobre PNH e formação

Continua...

...conclusão

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO (Ideia chave)	CATEGORIAS
	<p><i>“Só que eu vejo assim que mesmo tempo o SUS é tão burocrático e que às vezes isso dificulta, sabe, a resolubilidade do problema do paciente. É um sistema que tem uma burocracia tão grande que a população não é informada disso, por exemplo, se o paciente tem uma febre, aonde é que ele deve ir? Ele tem que ir no Pronto Socorro? Ele tem que ir na UPA? Aonde é que ele tem que ir? Aí o paciente chega num local que não é um local que está designado para atender aquele tipo de patologia, e aí ele tem que voltar, ele tem que marcar consulta num determinado local e pra depois voltar naquele mesmo local que ele tinha ido primariamente, quer dizer, eu acho que falta um pouco de informação não só dos profissionais, mas também da população, entendeu?” (A8)</i></p>	<p><i>“Só que eu vejo assim que mesmo tempo o SUS é tão burocrático e que às vezes isso dificulta, sabe, a resolubilidade do problema do paciente. É um sistema que tem uma burocracia tão grande que a população não é informada disso...”(A8).</i></p> <p><i>“Aí o paciente chega num local que não é um local que está designado para atender aquele tipo de patologia, e aí ele tem que voltar, ele tem que marcar consulta num determinado local e pra depois voltar naquele mesmo local que ele tinha ido primariamente, quer dizer, eu acho que falta um pouco de informação não só dos profissionais, mas também da população, entendeu?”(A8).</i></p>	<p>Compreensão dos estudantes sobre PNH e o SUS</p>

QUADRO ANALÍTICO B1

NÚCLEO DIRECIONADOR - CONCEPÇÕES DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

TEMÁTICA – POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIAS
B	<i>“Talvez seja a aplicabilidade de um dos princípios do SUS que é o acolhimento.”(B2)</i>	<i>“Talvez seja a aplicabilidade de um dos princípios do SUS que é o acolhimento.”(B2)</i>	Compreensão dos estudantes sobre PNH
B	<i>“Só para complementar o que eles haviam falado. Pela minha vivência e pela recepção que eu tive do Humaniza SUS é para complementar a perspectiva dos profissionais de saúde na atual conduta do paciente. Eu posso contar da minha vivência na questão da pediatria que eu vivi, principalmente na questão do humaniza SUS, é a questão do Projeto Canguru, ou seja, à medida que as crianças nascem geralmente elas ficam muito separadas das mães ficam no berçário, ele está no berçário e eu aqui entendeu e elas não têm um aconchego, tipo “pele a pele” e quando você estuda todos os movimentos da criança você percebe que isso faz parte da formação da criança e mais à frente isso diminui o risco de serem psicopatas e muitas coisas.”(B4)</i>	<i>“Pela minha vivência e pela recepção que eu tive do Humaniza SUS é para complementar a perspectiva dos profissionais de saúde na atual conduta do paciente(...)”(B4)</i> <i>“Eu posso contar da minha vivência na questão da pediatria que eu vivi, principalmente na questão do humaniza SUS, é a questão do Projeto Canguru, ou seja, à medida que as crianças nascem geralmente elas ficam muito separadas das mães ficam no berçário, ele está no berçário e eu aqui entendeu e elas não têm um aconchego, tipo “pele a pele” e quando você estuda todos os movimentos da criança você percebe que isso faz parte da formação da criança e mais à frente isso diminui o risco de serem psicopatas e muitas coisas.”(B4)</i>	
B	<i>“Só o fato de colocar (Recém nascido) no alojamento conjunto com a mãe é uma forma de humanização. Antigamente tinha o berçário e tudo mais.”(B8)</i>	<i>“Só o fato de colocar (Recém nascido) no alojamento conjunto com a mãe é uma forma de humanização. Antigamente tinha o berçário e tudo mais.”(B8)</i>	

Continua...

...continuação

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIAS
B	<p>“Eu acho que é bem claro se você for parar para pensar que um sistema de saúde baseado na atenção primária, na medicina preventiva, ela é por definição mais humana, mas não é só isso que envolve a humanização, se você for parar pensar no ponto de vista da assistência direta, na prestação direta de serviço independente se é preventivo ou se é curativo é nesse ponto de vista que é onde nós estamos inseridos, o nosso ensino ele é predominantemente dentro da medicina curativa, dentro da medicina hospitalocêntrica, como disse o B8, onde a gente está inserido, a humanização envolve vários pontos no trato direto com o paciente e alguns detalhes que o B4 trouxe que são detalhes que nem sempre estão envolvidos no trato direto com o paciente. Dependendo de uma ou outra conduta não vai mudar a percepção do paciente com relação a você, mas são condutas que podem fazer uma grande diferença mesmo que silenciosa na vida do paciente, então assim eu acho que passa também por atitudes silenciosas.”(B10)</p>	<p>“Eu acho que é bem claro se você for parar para pensar que um sistema de saúde baseado na atenção primária, na medicina preventiva, ela é por definição mais humana, mas não é só isso que envolve a humanização,(...)” (B10)</p> <p>“(…) se você for pra parar pensar no ponto de vista da assistência direta, na prestação direta de serviço independente se é preventivo ou se é curativo é nesse ponto de vista que é onde nós estamos inseridos, o nosso ensino ele é predominantemente dentro da medicina curativa, dentro da medicina hospitalocêntrica,(...)” (B10)</p> <p>“(…) Dependendo de uma ou outra conduta não vai mudar a percepção do paciente com relação a você, mas são condutas que podem fazer uma grande diferença mesmo que silenciosa na vida do paciente, então assim eu acho que passa também por atitudes silenciosas.”(B10)</p>	Compreensão dos estudantes sobre PNH
B	<p>“Esse conceito de humanização vem em um contexto onde o público consumidor do serviço de saúde está acostumado com aquela medicina especialista, hospitalocêntrica e cheia de aparelhos, cheio de exames e tudo mais. E o Humaniza SUS vem ao meu ver na contra mão disso, ele vem mais como aquele diálogo com o paciente e o médico tendo na consulta mais olhar para o paciente, conversar com o paciente, ficar mais tempo conversando com o paciente, examinar o paciente, tocar no paciente do que simplesmente pedir exames para ele e tchau! Ou então fazer aquele checkup de rotina, que é uma cultura bem hospitocêntrica mesmo.”(B8)</p>	<p>“Esse conceito de humanização vem em um contexto onde o público consumidor do serviço de saúde está acostumado com aquela medicina especialista, hospitalocêntrica e cheia de aparelhos, cheio de exames e tudo mais.(...)” (B8)</p> <p>“E o Humaniza SUS vem ao meu ver na contra mão disso, ele vem mais como aquele diálogo com o paciente e o médico tendo na consulta mais olhar para o paciente, conversar com o paciente, ficar mais tempo conversando com o paciente, examinar o paciente, tocar no paciente(…)”(B8)</p>	Compreensão dos estudantes sobre PNH e formação

Continua...

...conclusão

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIAS
B	<p>“[...]No caso se tem uma cirurgia o paciente tem algumas peculiaridades dele às vezes está com um problema familiar uma coisa que pode interferir no paciente dentro do hospital e o médico tem que ter a capacidade de checar aquilo, curar, humanizar a interação, procurar uma assistência à saúde especializada, um assistente social ou um psicólogo, eu entendo que o Humaniza SUS é para dar esse fino trato à relação médica com o paciente. Não tratar só a doença, mas tentar melhorar essa percepção do todo do paciente. Eu entendo na parte da pediatria pelo menos essa questão do parto porque a criança nasceu e já tem que cortar o cordão umbilical e não é assim, nasceu deixa com a mãe, deixa com o cordão umbilical de três a cinco minutos, pois não precisa cortar agora. Ou então outro exemplo que eu vi, a mãe vai ter o bebê ai fala assim para a mãe na hora do parto: <i>“na hora de fazer abre as pernas, mas para ter o menino você não abre as pernas”</i>. Então são esses tipos de coisa que às vezes não é só isso e as pessoas precisam entender que não é uma coisa mecânica é uma percepção de como tratar.”(B4)</p>	<p>“(...) o médico tem que ter a capacidade de checar aquilo, curar, humanizar a interação, procurar uma assistência à saúde especializada, um assistente social ou um psicólogo, eu entendo que o Humaniza SUS é para dar esse fino trato à relação médica com o paciente. Não tratar só a doença, mas tentar melhorar essa percepção do todo do paciente (...)”(B4)</p> <p>“Eu entendo na parte da pediatria pelo menos essa questão do parto porque a criança nasceu e já tem que cortar o cordão umbilical e não é assim, nasceu deixa com a mãe, deixa com o cordão umbilical de três a cinco minutos, pois não precisa cortar agora. (...)” (B4)</p> <p>“(...) e as pessoas precisam entender que não é uma coisa mecânica é uma percepção de como tratar.”(B4)</p>	<p>Compreensão dos estudantes sobre PNH e o SUS</p>

QUADRO ANALÍTICO A2

NUCLEO DIRECIONADOR - ABORDAGEM DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO

TEMÁTICA - FORMAÇÃO

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
A	“Introdução à Atenção Básica, em todos os semestres a gente tem uma disciplina voltada pra isso, nós começamos com a disciplina de Atenção Básica têm a I e a II, depois passamos pra Saúde Coletiva I e II e depois medicina preventiva.”(A8)	“Introdução à Atenção Básica, em todos os semestres a gente tem uma disciplina voltada pra isso, nós começamos com a disciplina de Atenção Básica têm a I e a II, depois passamos pra Saúde Coletiva I e II e depois medicina preventiva.”(A8)	Caracterização de disciplinas que abordam a PNH
	“Uma coisa também legal é que, eu ainda não passei pela Saúde Coletiva II, mas na Saúde Coletiva I é bem trabalhado essa parte do bem estar biopsicossocial. A nossa preceptora além de tratar a doença de base ela tinha sempre essa preocupação de estar conversando com o paciente, analisando se o paciente tinha alguma doença psicológica que tivesse talvez desenvolvendo ou exacerbando aqueles sintomas, então, se ela tinha condições de tratar ela sempre tratava, ela encaminhava pro CAPS, pro Serviço de Psicologia ou Psiquiatria. Isso é uma coisa difícil da gente ver assim... que às vezes o médico trata aquela doença e esquece dessa parte, isso foi bem abordado na Saúde Coletiva I no internato.”(A8)	“Uma coisa também legal é que, eu ainda não passei pela Saúde Coletiva II, mas na Saúde Coletiva I é bem trabalhado essa parte do bem estar biopsicossocial.”(A8)	Identificação de disciplinas que abordam a PNH
	“Não que isso foi ensinado, mais foi citado, que foi citado foi. Ah! Existe um projeto de Humaniza SUS que tá pra ser abordado tal, mas nunca foi explicado, ó o humaniza SUS é isso, isso e aquilo. Falou sobre humanização e aí dentro disso eles citam esse projeto, mas não aprofundado. O mais próximo que eu soube disso foi realmente na maternidade que eles dizem que lá que é o parto humanizado que o parente pode ficar junto com a parturiente, esse é o contato de humanização que tive.”(A8)	“Não que isso foi ensinado, mais foi citado, que foi citado foi. Ah! Existe um projeto de Humaniza SUS que tá pra ser abordado tal, mas nunca foi explicado, ó o humaniza SUS é isso, isso e aquilo. Falou sobre humanização e aí dentro disso eles citam esse projeto, mas não aprofundado.”(A8)	Abordagem da PNH no curso de medicina
	“O fato da gente não ser tão interessado eu creio que não seja culpa só nossa, eu creio que seja reflexo da falta de preocupação dos docentes do Departamento de Medicina, não sei de quem é! Então isso tudo reflete a falta de preocupação deles com o tema, às vezes eles podem até se preocupar, talvez eles estejam realmente preocupados em passar isso pra gente, só que isso é passado de uma maneira muito errada e muito fraca pra gente, eles não	“O fato da gente não ser tão interessado eu creio que não seja culpa só nossa, eu creio que seja reflexo da falta de preocupação dos docentes do Departamento de Medicina, não sei de quem é! Então isso tudo reflete a falta de preocupação deles com o tema, às vezes eles podem até se preocupar, talvez eles estejam realmente preocupados em passar isso pra	Abordagem da PNH no curso de medicina

	<p>conseguem despertar na gente a importância disso, e por isso que muitas vezes a gente acaba até esquecendo, tentando lembrar quando foi falado disso, então a importância disso acaba sendo muito pequena na nossa formação.”(A5)</p>	<p>gente, só que isso é passado de uma maneira muito errada e muito fraca pra gente, eles não conseguem despertar na gente a importância disso, e por isso que muitas vezes a gente acaba até esquecendo, (...)” (A5)</p>	
	<p>“É eu concordo plenamente com o que o A5 falou, que além dos docentes não despertarem interesse na matéria sobre Saúde Coletiva principalmente, isso gera em nós alunos, eu também que falo por vários alunos, que nós não gostamos dessa disciplina, não gosto de jeito nenhum, a gente prefere priorizar o modelo de tratamento, clínica, técnica... e o modelo humanizado a gente: Ah! De novo! Ah! eu "tô" de saco cheio! A gente até utiliza “SaCo”, Saúde Coletiva como saco. A gente de certa forma não está nem aí pra matéria, só pra passar de ano, porque os docentes vão lá falam e a gente parece que nem ouve, é uma dificuldade imensa de concentrar 5 segundos com o que o professor fala. Então o que a gente sabe de SUS é isso: Ah! integralidade, universalidade, biopsicossocial, são palavras soltas, abstratas. Imagine o Projeto em si, tenho certeza que se der o projeto de 60 páginas, os alunos vão ler uma página e pronto!”(A10)</p>	<p>“(…)além dos docentes não despertarem interesse na matéria sobre Saúde Coletiva principalmente, isso gera em nós alunos, eu também que falo por vários alunos, que nós não gostamos dessa disciplina, não gosto de jeito nenhum, a gente prefere priorizar o modelo de tratamento, clínica, técnica... e o modelo humanizado a gente: Ah! De novo! Ah! eu "tô" de saco cheio! A gente até utiliza “SaCo”, Saúde Coletiva como saco.”</p> <p>“ A gente de certa forma não está nem aí pra matéria, só pra passar de ano, porque os docentes vão lá falam e a gente parece que nem ouve, é uma dificuldade imensa de concentrar 5 segundos com o que o professor fala.” (A10)</p>	<p>Abordagem da PNH no curso de medicina</p>
	<p><i>“Vejo como a questão de chamar nossa atenção pro tema, digamos assim tem pessoas que chamam, puxam nossa atenção para aquilo. Passamos basicamente 8 semestres, todos dentro de sala de aula, tendo aula, aula, aula, muitas vezes discussões vagas numa coisa que até ele (Professor) se perdia quando falava num assunto quase 10h depois ele tinha passado fotos de viagem e outras coisas. Então pra chamar nossa atenção, não vi muito professor chegando pra chamar nossa atenção para esse tema. Se tivéssemos mais vivências mostrando, olha essa aqui é a parte, tem que se mudar isso e isso e chamar nossa atenção pro serviço, creio eu que esse pensamento, esse desinteresse, como qualquer outra matéria, existem outras matérias que as pessoas não tinham interesse e eu duvido aqui que alguém se interessou por Português ou Filosofia e vejo da mesma forma, como ninguém puxou nossa atenção pra isso, se tivessem puxado nossa atenção o interesse seria maior.”(A7)</i></p>	<p><i>“Passamos basicamente 8 semestres, todos dentro de sala de aula, tendo aula, aula, aula, muitas vezes discussões vagas numa coisa que até ele (Professor) se perdia quando falava num assunto quase 10h depois ele tinha passado fotos de viagem e outras coisas.” (A7)</i></p> <p><i>“Se tivéssemos mais vivências mostrando, olha essa aqui é a parte, tem que se mudar isso e isso e chamar nossa atenção pro serviço, creio eu que esse pensamento, esse desinteresse, como qualquer outra matéria, existem outras matérias que as pessoas não tinham interesse e eu duvido aqui que alguém se interessou por Português ou Filosofia e vejo da mesma forma, como ninguém puxou nossa atenção pra isso, se tivessem puxado nossa atenção o interesse seria maior.”(A7)</i></p>	<p>Abordagem da PNH no curso de medicina</p>

QUADRO ANALÍTICO B2
 NUCLEO DIRECIONADOR - ABORDAGEM DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO
 TEMÁTICA - FORMAÇÃO

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
	<p>“Na minha concepção discordo com a fala do B8 acho que a faculdade não abordou o Humaniza SUS como um conceito que é para humanizar. A gente teve sim matéria que fala do conceito do SUS, sobre a introdução à atenção básica, sobre as redes tudo que o SUS segue. Agora a humanização do SUS como conceito a gente não teve, não foi aplicada na faculdade mesmo porque muitas coisas que o humaniza SUS preconiza é voltada para a prática é mais conhecimento técnico e na prática é uma coisa difícil. Não foi colocado o conceito e que para isso ela não tem prática e dentro da sua abordagem com o paciente ela não é passada. Ela não foi nem abordada e nem trabalhada.”(B4)</p>	<p>“A gente teve sim matéria que fala do conceito do SUS, sobre a introdução à atenção básica, sobre as redes tudo que o SUS segue. Agora a humanização do SUS como conceito a gente não teve, não foi aplicada na faculdade mesmo porque muitas coisas que o humaniza SUS preconiza é voltada para a prática é mais conhecimento técnico e na prática é uma coisa difícil[...]”(B4)</p> <p>“Ela não foi nem abordada e nem trabalhada.”(B4)</p>	<p>Caracterização de disciplinas que abordam a PNH</p>
	<p>“Nós tivemos em todos os semestres da faculdade até o 8º período que era mais teórica, aulas teóricas e tudo mais, todos os semestres nós tivemos matérias sobre o SUS, saúde coletiva, IAB (introdução a atenção básica), medicina preventiva tivemos em todos os semestres e tudo isso foi muito bem batido, muito bem visto, revisto muitas vezes não falando diretamente sobre humanização, mas inserindo os conceitos da humanização na própria disciplina mesmo, o Humaniza SUS na verdade é uma forma de se pensar, então toda abordagem é feita baseada nisso e aí é isso.”(B8)</p>	<p>“(…) todos os semestres nós tivemos matérias sobre o SUS, saúde coletiva, IAB (introdução a atenção básica), medicina preventiva tivemos em todos os semestres e tudo isso foi muito bem batido, muito bem visto, revisto muitas vezes não falando diretamente sobre humanização, mas inserindo os conceitos da humanização na própria disciplina mesmo, o Humaniza SUS na verdade é uma forma de se pensar, então toda abordagem é feita baseada nisso e aí é isso.”(B8)</p>	<p>Identificação de disciplinas que abordam a PNH</p>
	<p>“Discordo do B4 eu achei o contrário, na faculdade, na graduação muitos professores tentavam mostrar que na realidade você tinha que abordar o paciente que você tinha que escutar e a gente chegou no internato nem eles faziam isso e como a gente ia aprender, então muita da teoria que foi dada, não para todos, mas que foi passada para a gente na graduação a gente não viu, salvo algumas exceções, isso sendo praticada e a gente tem a oportunidade sim de fazer muito melhor no trabalho apesar das situações precárias como no Hosp. João Paulo II que é um ambiente mais difícil de se trabalhar, ainda assim, a gente pode tentar fazer um pouco melhor, mas isso lá não é sedimentado na gente.”(B5)</p>	<p>“[...]na graduação muitos professores tentavam mostrar que na realidade você tinha que abordar o paciente que você tinha que escutar e a gente chegou no internato nem eles faziam isso e como a gente ia aprender, então muita da teoria que foi dada, não para todos, mas que foi passada para a gente na graduação a gente não viu, salvo algumas exceções, isso sendo praticada e a gente tem a oportunidade sim de fazer muito melhor no trabalho(…)”(B5)</p>	<p>A PNH e o curso de medicina</p>

Continua...

...conclusão

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
	<p><i>"[...]No contexto do Brasil a gente ainda está vivendo um sistema onde fazer o certo é coisa para alguns poucos heróis. Eu acho que enquanto no nosso país fazer o certo o cara tem que se desdobrar, o cara tem que correr por conta ele vai ter muito mais dificuldade de fazer o que é certo, do que seguir na corrente, fazer o básico é assim que eu posso fazer, eu não posso fazer assim. Eu acho que infelizmente ninguém tem obrigação de ser herói, ninguém tem obrigação de ser herói. Eu acho que foi trabalhado e estava na diretriz teórica, mas na maioria das vezes foi muito mal trabalhada até porque os nossos professores a maioria deles não tiveram a formação, a maioria deles não tiveram formação para abordar esse tema. Estão formados em um sistema que ainda é mais antigo que o nosso."(B10)</i></p>	<p><i>"(...)Eu acho que foi trabalhado e estava na diretriz teórica, mas na maioria das vezes foi muito mal trabalhada(...)"</i></p> <p><i>"(...) até porque os nossos professores a maioria deles não tiveram a formação, a maioria deles não tiveram formação para abordar esse tema. Estão formados em um sistema que ainda é mais antigo que o nosso."(B10)</i></p>	<p>A PNH e os docentes do curso de medicina</p>

QUADRO ANALÍTICO A3
 NÚCLEO DIRECIONADOR - PRÁTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE HUMANIZADA NO SERVIÇO
 TEMÁTICA – PRÁTICAS NO SERVIÇO DE SAÚDE

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
	<p>“No posto de saúde que eu “rodei” a marcação de consulta, os pacientes estavam demorando de mais pra conseguir ser atendidos, marcava consulta o paciente era orientado a chegar com 1 hora de antecedência, mas não tinha ordem, não tinha antecedência e acabava ficando lá duas até três quatro horas de espera sem serem atendidos e aí houve uma mobilização da Unidade de Saúde da Equipe do PSF pra que houvesse marcação regular, então o paciente esperaria até meia hora pra ser atendido.” (A13)</p>	<p>“(…) houve uma mobilização da Unidade de Saúde da Equipe do PSF pra que houvesse marcação regular, então o paciente esperaria até meia hora pra ser atendido.” (A13)</p>	<p>Práticas humanizadas e os profissionais do serviço</p>
	<p>“Tive uma experiência com humanização, acho que como de todos, foi na maternidade, pelo menos uma tentativa de humanização. E antes de entrar no internato eu tive um filho e ele nasceu em um hospital de parto não humanizado, minha mulher ficou numa sala, pré- parto sem acompanhante, isso gera enorme angústia por parte dos familiares e as pessoas que estão lá no hospital. Deve-se ter notícias de toda situação, o que não ocorre de certa forma na Maternidade Municipal porque sempre tem um acompanhante ali inclusive é muito estimulado que o pai esteja lá presente na hora do nascimento, que corte o cordão umbilical, então isso, eu acredito que essa é a maior tentativa de humanização que eu vi na prática.” (A14)</p>	<p>“Deve-se ter notícias de toda situação, o que não ocorre de certa forma na Maternidade Municipal porque sempre tem um acompanhante ali inclusive é muito estimulado que o pai esteja lá presente na hora do nascimento, que corte o cordão umbilical, então isso, eu acredito que essa é a maior tentativa de humanização que eu vi na prática.” (A14)</p>	
	<p>“Em Saúde Coletiva em vi uma também que eu achei bastante interessante que uma senhora de 83 anos com muita dificuldade de audição e ela mora sozinha e tudo e o médico com muita destreza conseguiu atender e aí eu conversando com ela, ela falou que morava sozinha não tem ninguém que cuidava dela, então ele olhou na ficha e não estava com endereço completo, ele pegou o endereço dela e aí ele entrou em contato com a Secretaria de Assistência Social e entrou em contato e a Assistente Social vai fazer o acompanhamento dessa paciente em casa. Eu não sei como o serviço social funciona, como o serviço social trabalha, mas eu acredito que vai fazer o acompanhamento. Não sei se a cada 15 dias ou uma vez por semana, como eles vão acompanhar, eu sei que pelo menos a parte dele ele fez.” (A4)</p>	<p>“(…) uma senhora de 83 anos com muita dificuldade de audição e ela mora sozinha e tudo e o médico com muita destreza conseguiu atender e aí eu conversando com ela, ela falou que morava sozinha não tem ninguém que cuidava dela, então ele olhou na ficha e não estava com endereço completo, ele pegou o endereço dela e aí ele entrou em contato com a Secretaria de Assistência Social e entrou em contato e a Assistente Social vai fazer o acompanhamento dessa paciente em casa.” (A4)</p>	<p>Práticas humanizadas e os profissionais do serviço</p>

Continua...

...conclusão

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
	<p>Uma coisa também legal é que, eu ainda não passei pela Saúde Coletiva II, mas na Saúde Coletiva I é bem trabalhado essa parte do bem estar biopsicossocial. A nossa preceptora além de tratar a doença de base ela tinha sempre essa preocupação de estar conversando com o paciente, analisando se o paciente tinha alguma doença psicológica que tivesse talvez desenvolvendo ou exacerbando aqueles sintomas, então, se ela tinha condições de tratar ela sempre tratava, ela encaminhava pro CAPS, pro Serviço de Psicologia ou Psiquiatria. Isso é uma coisa difícil da gente ver assim... que às vezes o médico trata aquela doença e esquece dessa parte, isso foi bem abordado na Saúde Coletiva I no internato.”(A8)</p>	<p>“A nossa preceptora além de tratar a doença de base ela tinha sempre essa preocupação de estar conversando com o paciente, analisando se o paciente tinha alguma doença psicológica que tivesse talvez desenvolvendo ou exacerbando aqueles sintomas, então, se ela tinha condições de tratar ela sempre tratava, ela encaminhava pro CAPS, pro Serviço de Psicologia ou Psiquiatria.” (A8)</p>	<p>Práticas humanizadas e os profissionais do serviço</p>
	<p>“Outro também no JP fiz a paracentese no paciente, colhi e aí fui orientada, você tem que fazer o pedido aqui, células neoplásicas separado, leva lá no laboratório. Fui lá no laboratório, não porque isso aqui a gente não faz aqui, que não sei o que... Tá mas vocês mandam pro laboratório fora? não! O que eu faço? Você tem que levar lá na Assistente Social que é ela que encaminha, vou eu lá procurar com a Assistente Social: “ Oi boa tarde! Expliquei...” “ Quê? Não! sei de nada disso não! Isso é lá na Gerência Médica eu não tenho nada a ver com isso”... Liguei na Gerência Médica e disseram: eu falei, eu falei que não era aqui, não tenho nada a ver com isso, você tem que falar com a Enfermeira do setor, aí volto eu lá... Então, fica assim, um quicando pro outro... aí a Enfermeira não estava, aí eu já disse para Técnica, olha, eu trouxe para Enfermeira que... ela é responsável por isso... aí a Técnica nem sabia mas... se mostrou muito também com boa vontade, falou: não, pode me dar aqui que eu entrego pra ela e falo. Não sei se ela encaminhou, o que ela fez com essa amostra, até porque eu não estava acompanhando aquele paciente da clínica. Mas assim, a dificuldade que elas põe pra tudo. Eu considerei não humanizada, Por que? porque seria humanizada justamente se o gestor estabelecesse uma conduta com quem que eu tenho que falar e pra onde é que eu tenho mandar isso aqui, isso seria humanizado, o próprio laboratório encaminhar isso e agilizar isso pro paciente, alguns inclusive, que deram para própria família correr atrás disso.”(A9)</p>	<p>“(...) seria humanizada justamente se o gestor estabelecesse uma conduta com quem que eu tenho que falar e pra onde é que eu tenho mandar isso aqui, isso seria humanizado, o próprio laboratório encaminhar isso e agilizar isso pro paciente, alguns inclusive, que deram para própria família correr atrás disso.”(A9)</p>	<p>Dificuldades para realização de práticas humanizadas</p>

QUADRO ANALÍTICO B3

NÚCLEO DIRECIONADOR - PRÁTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE HUMANIZADA NO SERVIÇO

TEMÁTICA – PRÁTICAS NO SERVIÇO DE SAÚDE

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
B	<p>“Não é nada que seja obrigatório, na hora do parto ela pode escolher os vários tipos de posição que ela pode ter o filho dela. Eles tem bastante cuidado em relação a isso lá principalmente por parte do enfermeiro isso é bem colocado em prática e a gente aprendeu isso bem lá também. Em relação a certas manobras que a gente deixa de utilizar sempre tem uma mais agressiva, embora de muitas delas cheguem lá querendo fazer um parto cesárea e elas acabam tendo parto normal como se isso fosse uma escolha delas e é isso que eu não concordo, eles ficam parto normal ou parto cesárea ela que tem que escolher, mas lá ela não escolhe, mas ela vai fazer o parto normal, mas a maioria aceita bem isso já tem esse critério até.”(B1)</p>	<p>“Em relação a certas manobras que a gente deixa de utilizar sempre tem uma mais agressiva, embora de muitas delas cheguem lá querendo fazer um parto cesárea e elas acabam tendo parto normal como se isso fosse uma escolha delas e é isso que eu não concordo, eles ficam parto normal ou parto cesárea ela que tem que escolher, mas lá ela não escolhe, mas ela vai fazer o parto normal, mas a maioria aceita bem isso já tem esse critério até.”(B1)</p>	Práticas humanizadas desenvolvidas pelos graduandos
B	<p>“Não só a estrutura física, mas o deboche de alguns profissionais em relação à própria situação de saúde do paciente, essa questão de humanização é um conceito bastante complexo, pois envolve tanto questões estruturais que a gente falou como a relação médica com o paciente que é muito complicado, então é difícil você estabelecer conceitos e pilares, ter conceito cumprido porque vai muito da relação médica com o paciente e isso influencia muito. Eu acho que os internos praticam muito a humanização, eu acho que todo mundo que passou por lá (JP) praticam muito a humanização, mas porque é da nossa índole, é da nossa personalidade ter aquele cuidado, ou seja, não é só o ambiente desfavorável que faz com que não tem uma prática humana. Eu tratei meus pacientes de uma forma muito humana.”(B2)</p>	<p>“Não só a estrutura física, mas o deboche de alguns profissionais em relação à própria situação de saúde do paciente, essa questão de humanização é um conceito bastante complexo(...)”</p> <p>“Eu acho que os internos praticam muito a humanização, eu acho que todo mundo que passou por lá (Hospital JP) praticam muito a humanização, mas porque é da nossa índole, é da nossa personalidade ter aquele cuidado, ou seja, não é só o ambiente desfavorável que faz com que não tem uma prática humana. Eu tratei meus pacientes de uma forma muito humana.”(B2)</p>	Práticas humanizadas desenvolvidas pelos graduandos
B	<p>“Do tempo que nós estamos cuidando deles eles tem uma sobrevida maior é impressionante e quando eles morrem na maioria das vezes é justamente na hora em que a gente não está lá.”(B1)</p>	<p>“Do tempo que nós estamos cuidando deles eles tem uma sobrevida maior é impressionante e quando eles morrem na maioria das vezes é justamente na hora em que a gente não está lá.”(B1)</p>	Práticas humanizadas desenvolvidas pelos graduandos

Continua...

...continuação

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
b	<p><i>“Eu acho que lá no JP, os pacientes com prognóstico ruim, os profissionais não tem tanto cuidado com isso, nossa quantas vezes eu ia lá dar água para o paciente tentava conseguir que a comida chegasse e a comida não chegava é complicado essa parte, isso para mim não é humano, deixar o paciente passar sede, isso para mim não é humano(...)”(B10)</i></p>	<p><i>“Eu acho que lá no JP, os pacientes com prognóstico ruim, os profissionais não tem tanto cuidado com isso, nossa quantas vezes eu ia lá dar água para o paciente tentava conseguir que a comida chegasse e a comida não chegava é complicado essa parte, isso para mim não é humano, deixar o paciente passar sede, isso para mim não é humano(...)”(B10)</i></p>	Práticas humanizadas desenvolvidas pelos graduandos
B	<p><i>“Existem profissões com trabalhos silenciosos e que o respeito com o paciente é manifestado de maneira silenciosa, por exemplo, a correta abordagem do paciente com o técnico de enfermagem, aferição dos sinais vitais e dentro deste contexto uma coisa que a gente discutiu muito recentemente eu acho que tem um ponto que é fundamental nesse contexto de atitudes de respeito mesmo que ela não seja demonstrada diretamente o paciente não está vendo, mas você está tendo respeito com o paciente, uma administração de medicamentos na hora certa, o médico com respeito com o paciente com atitudes que não são demonstradas diretamente não é só fazer o parto, mas que faz a diferença, cortar o cordão umbilical agora ou daqui a dois minutos para a mãe talvez não faça tanta diferença naquele momento, mas é o respeito com o paciente. Acho que outro ponto fundamental que foi inclusive o que B11 trouxe as condições de trabalho eu queria expandir um pouquinho mais o que ela falou, pois não tem como você tratar bem alguém se você não se tratar bem, então uma coisa que é fundamental principalmente no contexto de urgência e emergência a rotina extenuante a qual se passa num sistema/serviço em que um plantão de 12 horas significa 12 horas de trabalhos ininterruptos e nesse contexto o trato com o paciente é claro que fica prejudicado[...]"(B10)</i></p>	<p><i>“(...) um ponto que é fundamental nesse contexto de atitudes de respeito mesmo que ela não seja demonstrada diretamente o paciente não está vendo, mas você está tendo respeito com o paciente, uma administração de medicamentos na hora certa, o médico com respeito com o paciente com atitudes que não são demonstradas diretamente (...)”(B10)</i></p> <p><i>“(...) no contexto de urgência e emergência a rotina extenuante a qual se passa num sistema/serviço em que um plantão de 12 horas significa 12 horas de trabalhos ininterruptos e nesse contexto o trato com o paciente é claro que fica prejudicado (...)”(B10)</i></p>	Dificuldades para realização de práticas humanizadas
B	<p><i>“Maior exemplo que a gente tem aqui é a maternidade municipal. O direito da mulher falar com o acompanhante na hora do parto, ter o direito de estar com a criança depois do nascimento, têm também vários tipos de escolhas que elas podem ter em relação à anticoncepção e elas são muito orientadas em relação a isso. Não é nada que seja obrigatório, na hora do parto ela pode escolher os vários tipos de posição que ela pode ter o filho dela. Eles tem bastante cuidado em relação a isso lá principalmente por parte do enfermeiro isso é bem colocado em prática e a gente aprendeu isso bem lá também[...]"(B1)</i></p>	<p><i>“Maior exemplo que a gente tem aqui é a maternidade municipal. O direito da mulher falar com o acompanhante na hora do parto, ter o direito de estar com a criança depois do nascimento, têm também vários tipos de escolhas que elas podem ter em relação à anticoncepção e elas são muito orientadas em relação a isso(...)"(B1)</i></p>	Dificuldades para realização de práticas humanizadas

Continua...

...conclusão

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
B	<p>“Em relação à humanização tanto ao atendimento quanto ao espaço físico, ou seja, um acolhimento mesmo, o paciente pode se instalar bem no meio hospitalar ou num atendimento primário. Eu vi isso na pediatria do Cosme Damião pós reforma porque antes não era assim, há dois meses mudou a recepção, a instalação. A instalação melhorou bastante o que a gente está vivendo agora e eu acho assim que as crianças estão sendo melhores atendidas e o ambiente é mais propício para isso.”(B3)</p>	<p>“Em relação à humanização tanto ao atendimento quanto ao espaço físico, ou seja, um acolhimento mesmo, o paciente pode se instalar bem no meio hospitalar ou num atendimento primário.”(B3)</p>	Dificuldades para realização de práticas humanizadas
B	<p>“Está mais humanizado porque antigamente o paciente pobre vivia no meio do corredor, no chão, coisas que a gente não está vendo aqui e isso os médicos deviam falar. A estrutura mudou completamente, completamente não, mas mudou bastante a unidade. Como na maternidade ela é imposta a ter parto normal. Não é porque é parto normal, não tem nada humanizado com dor, mas é humanizado porque ela tem o direito, ela tem um acompanhante isso é humanizado, ela tem direito a um acompanhante, mas ela não tem o direito de escolher eu quero um parto cesáreo, eu quero um parto sem dor, eu quero analgesia porque o SUS não paga. Não porque isso é melhor para a criança ou para a mãe e tudo mais.”(B3)</p>	<p>“Como na maternidade ela é imposta a ter parto normal. Não é porque é parto normal, não tem nada humanizado com dor, mas é humanizado porque ela tem o direito, ela tem um acompanhante isso é humanizado, ela tem direito a um acompanhante, mas ela não tem o direito de escolher eu quero um parto cesáreo, eu quero um parto sem dor, eu quero analgesia porque o SUS não paga. Não porque isso é melhor para a criança ou para a mãe e tudo mais.”(B3)</p>	Dificuldades para realização de práticas humanizadas
B	<p>“Só para complementar o que eles haviam falado. Pela minha vivência e pela recepção que eu tive do Humaniza SUS é para complementar a perspectiva dos profissionais de saúde na atual conduta do paciente. Eu posso contar da minha vivência na questão da pediatria que eu vivi, principalmente na questão do humaniza SUS, é a questão do Projeto Canguru, ou seja, à medida que as crianças nascem geralmente elas ficam muito separadas das mães ficam no berçário, ele está no berçário e eu aqui entendeu e elas não têm um aconchego, tipo “pele a pele” e quando você estuda todos os movimentos da criança você percebe que isso faz parte da formação da criança e mais à frente isso diminui o risco de serem psicopatas e muitas coisas.”(B4)</p>	<p>“Eu posso contar da minha vivência na questão da pediatria que eu vivi, principalmente na questão do humaniza SUS, é a questão do Projeto Canguru, ou seja, à medida que as crianças nascem geralmente elas ficam muito separadas das mães ficam no berçário, ele está no berçário e eu aqui entendeu e elas não têm um aconchego, tipo “pele a pele” e quando você estuda todos os movimentos da criança você percebe que isso faz parte da formação da criança e mais à frente isso diminui o risco de serem psicopatas e muitas coisas.”(B4)</p>	Projetos interdisciplinares e a PNH

QUADRO ANALÍTICO A4
 NÚCLEO DIRECIONADOR - PRÁTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE NÃO HUMANIZADA NO SERVIÇO
 TEMÁTICA – PRÁTICAS NÃO HUMANIZADAS NO SERVIÇO DE SAÚDE

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
A	<i>“Aquele questão da paciente poder decidir se ela quer fazer um parto normal ou um parto cesárea entra nisso porque no SUS não é permitido tomar essa decisão.”(A8)</i>	<i>“Aquele questão da paciente poder decidir se ela quer fazer um parto normal ou um parto cesárea entra nisso porque no SUS não é permitido tomar essa decisão.”(A8)</i>	Conhecimento sobre práticas não humanizadas
A	<i>“Eu particularmente falando agora como mulher, não como profissional da saúde, eu quero ter o direito de decidir se eu quero ou não parto normal, eu tenho pavor só de pensar que eu vou ficar lá horas sentindo dor... Eu quero poder fazer meu parto cesárea. Mas imagine essas mulheres que pensam nisso, mas não vão poder fazer cesárea porque não têm dinheiro.”(A9)</i>	<i>“Eu particularmente falando agora como mulher, não como profissional da saúde, eu quero ter o direito de decidir se eu quero ou não parto normal, eu tenho pavor só de pensar que eu vou ficar lá horas sentindo dor... Eu quero poder fazer meu parto cesárea. Mas imagine essas mulheres que pensam nisso, mas não vão poder fazer cesárea porque não têm dinheiro.”(A9)</i>	Conhecimento sobre práticas não humanizadas
A	<i>“Chegou uma paciente com artrite, observei o quadro aí o preceptor achou interessante que fosse mostrado para os outros alunos aí a paciente acabou ficando com seu corpo desprotegido com várias pessoas próximas, foi um constrangimento para a paciente.”(A13)</i>	<i>“Chegou uma paciente com artrite, observei o quadro aí o preceptor achou interessante que fosse mostrado para os outros alunos aí a paciente acabou ficando com seu corpo desprotegido com várias pessoas próximas, foi um constrangimento para a paciente.”(A13)</i>	Conhecimento sobre práticas não humanizadas
A	<i>“Num local onde eles tentaram fazer humanização, alguma coisa nesse sentido, mas está sendo totalmente contrário são as UPAs ver que eles tentaram acolher todo mundo, se fazer uma coisa bem humanizada, servir ali até onde eles podem, mas está servindo o contrário, muitas pessoas quando chegam não são pra elas estar lá, são recebidas e querem receber elas posteriormente ao atendimento inicial não faz esse atendimento humanizado, há uma falta de preparo das pessoas que estão fazendo a triagem. Então a tentativa de humanização acabou se tornando numa não humanização.”(A7)</i>	<i>“Num local onde eles tentaram fazer humanização, alguma coisa nesse sentido, mas está sendo totalmente contrário são as UPAs ver que eles tentaram acolher todo mundo, se fazer uma coisa bem humanizada, servir ali até onde eles podem, mas está servindo o contrário, muitas pessoas quando chegam não são pra elas estar lá, são recebidas e querem receber elas posteriormente ao atendimento inicial não faz esse atendimento humanizado, há uma falta de preparo das pessoas que estão fazendo a triagem. Então a tentativa de humanização acabou se tornando numa não humanização.”(A7)</i>	Estrutura dos serviços e as práticas não humanizadas

Continua...

...continuação

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
A	<p>“O maior exemplo de todos é o João Paulo- JP a gente tem uma preceptora que ela trata única e exclusivamente a patologia do doente, se o doente for fazer qualquer queixa, que não seja a doença, ela diz pro doente: eu não estou aqui pra ser sua amiga eu estou aqui pra tratar a sua patologia. Acho que pra mim esse é o maior exemplo de todos.”(A8)</p>	<p>“O maior exemplo de todos é o João Paulo- JP a gente tem uma preceptora que ela trata única e exclusivamente a patologia do doente, se o doente for fazer qualquer queixa, que não seja a doença, ela diz pro doente: eu não estou aqui pra ser sua amiga eu estou aqui pra tratar a sua patologia. Acho que pra mim esse é o maior exemplo de todos.”(A8)</p>	Estrutura dos serviços e as práticas não humanizadas
	<p>“Eu acho que a gente têm várias experiências... Por exemplo no ambulatório da POC, chegou uma paciente que é do interior especificamente pra consulta, mas por algum erro dentro da unidade não estava marcada e aí simplesmente disse que não ia atender e ela perdeu a viagem, não teve nenhum acesso à saúde, são ainda outros aspectos a serem humanizados.”(A12)</p>	<p>“Eu acho que a gente têm várias experiências... Por exemplo no ambulatório da POC, chegou uma paciente que é do interior especificamente pra consulta, mas por algum erro dentro da unidade não estava marcada e aí simplesmente disse que não ia atender e ela perdeu a viagem, não teve nenhum acesso à saúde, são ainda outros aspectos a serem humanizados.”(A12)</p>	Estrutura dos serviços e as práticas não humanizadas
	<p>“Agora assim, porque ficou com uma imagem muito bonita da maternidade municipal, parto humanizado e tudo... mas lá na maternidade a idéia do parto humanizado tem escrito bem grande num banner de que é proscrita a manobra de Kristeller e praticamente 80% dos partos são feito na manobra de Kristeller. Está escrito bem grande lá não fazer parto na manobra de Kristeller, porque assim, como não tem uma forma dizendo o que é a manobra de Kristeller. Ah, o nome é bonito, mas ninguém sabe o que é...” “Aí o Médico o Enfermeiro ou quem estiver aí... vamos agilizar isso aqui que eu preciso dormir, Então vai lá e nasce a criança. A paciente não é o problema, tirei a criança, agora vamos ver o que dá. Estou dizendo por que lá a gente tenta dizer, mas não pode ser dito isso lá, faz, mas não vai pro relatório.”(A4)</p>	<p>“Agora assim, porque ficou com uma imagem muito bonita da maternidade municipal, parto humanizado e tudo... mas lá na maternidade a idéia do parto humanizado tem escrito bem grande num banner de que é proscrita a manobra de Kristeller e praticamente 80% dos partos são feito na manobra de Kristeller. Está escrito bem grande lá não fazer parto na manobra de Kristeller, porque assim, como não tem uma forma dizendo o que é a manobra de Kristeller. Ah, o nome é bonito, mas ninguém sabe o que é... Aí o Médico o Enfermeiro ou quem estiver aí (...)” (A4)</p> <p>“vamos agilizar isso aqui que eu preciso dormir, Então vai lá e nasce a criança. A paciente não é o problema, tirei a criança, agora vamos ver o que dá. Estou dizendo por que lá a gente tenta dizer, mas não pode ser dito isso lá, faz, mas não vai pro relatório.”(A4)</p>	Relação médico-paciente e as práticas não humanizadas

Continua...

...conclusão

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
A	<p>“Eu passei semana passada com um preceptor, há muito tempo no serviço, ele já está perto de se aposentar e ele está dentro de um serviço que não funciona que é o JP, que não funciona como deveria, e assim... ele “tá” de saco cheio e esse sentimento dele acaba repercutindo no atendimento do paciente, nas visitas... Um paciente com pé diabético prestes a amputar, e aí o paciente falava: mas doutor vai ter que cortar? E ele dizia assim... nossa! é..., a gente vai cortar mesmo, a tarde eu já quero passar aqui tá bom? a gente vai cortar bem aqui, na sua canela, mesmo tá, Tchou! E saiu... O paciente ficava chorando lá... enfim.”(A11)</p>	<p>“ (...)Um paciente com pé diabético prestes a amputar, e aí o paciente falava: mas doutor vai ter que cortar? E ele dizia assim... nossa! é..., a gente vai cortar mesmo, a tarde eu já quero passar aqui tá bom? a gente vai cortar bem aqui, na sua canela, mesmo tá, Tchou! E saiu... O paciente ficava chorando lá... enfim.”(A11)</p>	Relação médico-paciente e as práticas não humanizadas
A	<p>“Não só ele como um outro desses que fazem o mesmo serviço, chega todo dia, quando estava passando com ele, o paciente chegava para conversar com ele e ele: olha eu não posso conversar contigo eu tenho 60 pacientes pra passar aqui, eu não posso ficar muito conversando contigo mas, a gente vê depois como é que vai fazer tá! E pegava e saía, o paciente muitas vezes querendo uma atenção, uma explicação e era deixado a esmo.”(A7)</p>	<p>“Não só ele como um outro desses que fazem o mesmo serviço, chega todo dia, quando estava passando com ele, o paciente chegava para conversar com ele e ele: olha eu não posso conversar contigo eu tenho 60 pacientes pra passar aqui, eu não posso ficar muito conversando contigo mas, a gente vê depois como é que vai fazer tá! E pegava e saía, o paciente muitas vezes querendo uma atenção, uma explicação e era deixado a esmo.”(A7)</p>	Relação médico-paciente e as práticas não humanizadas
A	<p>“Acho que o tratamento humanizado também pra gente, porque assim, a gente só trabalha em condições onde recebe “patada” ordem de todo mundo, todo mundo quer ser superior a gente em algum aspecto. Então assim, a começar pela humanização do tratamento com o aluno, do respeito às vezes faltam muito respeito com a gente. Pra isso, não virar uma rotina e achar que isso é normal e se não ter essa consciência acaba isso indo pra frente.”(A3)</p>	<p>“Acho que o tratamento humanizado também pra gente, porque assim, a gente só trabalha em condições onde recebe “patada” ordem de todo mundo, todo mundo quer ser superior a gente em algum aspecto. Então assim, a começar pela humanização do tratamento com o aluno, do respeito às vezes faltam muito respeito com a gente. Pra isso, não virar uma rotina e achar que isso é normal e se não ter essa consciência acaba isso indo pra frente.”(A3)</p>	Práticas humanizadas na relação professor-aluno

QUADRO ANALÍTICO B4

NÚCLEO DIRECIONADOR - PRÁTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE NÃO HUMANIZADA NO SERVIÇO

TEMÁTICA – PRÁTICAS NÃO HUMANIZADAS NO SERVIÇO DE SAÚDE

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
B	<p><i>“[...]No caso se tem uma cirurgia o paciente tem algumas peculiaridades dele às vezes está com um problema familiar uma coisa que pode interferir no paciente dentro do hospital e o médico tem que ter a capacidade de checar aquilo, curar, humanizar a interação, procurar uma assistência à saúde especializada, um assistente social ou um psicólogo, eu entendo que o Humaniza SUS é para dar esse fino trato à relação médica com o paciente. Não tratar só a doença, mas tentar melhorar essa percepção do todo do paciente. Eu entendo na parte da pediatria pelo menos essa questão do parto porque a criança nasceu e já tem que cortar o cordão umbilical e não é assim, nasceu deixa com a mãe, deixa com o cordão umbilical de três a cinco minutos, pois não precisa cortar agora. Ou então outro exemplo que eu vi, a mãe vai ter o bebê aí fala assim para a mãe na hora do parto: “na hora de fazer abre as pernas, mas para ter o menino você não abre as pernas”. Então são esses tipos de coisa que às vezes não é só isso e as pessoas precisam entender que não é uma coisa mecânica é uma percepção de como tratar.”(B4)</i></p>	<p><i>“(...)Eu entendo na parte da pediatria pelo menos essa questão do parto porque a criança nasceu e já tem que cortar o cordão umbilical e não é assim, nasceu deixa com a mãe, deixa com o cordão umbilical de três a cinco minutos, pois não precisa cortar agora.</i></p> <p><i>“(...)Ou então outro exemplo que eu vi, a mãe vai ter o bebê aí fala assim para a mãe na hora do parto: “na hora de fazer abre as pernas, mas para ter o menino você não abre as pernas”. (B4)</i></p> <p><i>“Então são esses tipos de coisa que às vezes não é só isso e as pessoas precisam entender que não é uma coisa mecânica é uma percepção de como tratar.”(B4)</i></p>	Conhecimento sobre práticas não humanizadas
B	<p><i>“Como eles falaram da jornada tripla, da remuneração, mas, além disso, as condições de estrutura mesmo, por exemplo, os hospitais não atendem a demanda, os pacientes ficam no chão e isso já não é humanização, os pacientes não têm nem a onde ficar, então além do nosso acolhimento o ambiente também tem que ser acolhedor, pois a pessoa está doente ou está ali para marcar uma consulta e já começa a quebrar por aí a idéia da humanização.”(B6)</i></p>	<p><i>“Como eles falaram da jornada tripla, da remuneração, mas, além disso, as condições de estrutura mesmo, por exemplo, os hospitais não atendem a demanda, os pacientes ficam no chão e isso já não é humanização, os pacientes não têm nem a onde ficar, então além do nosso acolhimento o ambiente também tem que ser acolhedor, pois a pessoa está doente ou está ali para marcar uma consulta e já começa a quebrar por aí a idéia da humanização.”(B6)</i></p>	Conhecimento sobre práticas não humanizadas

Continua...

...continuação

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
B	<p>“O João Paulo II mesmo é o maior exemplo: não é humanizado, só qualquer pessoa, você nem precisa ir lá. Você vê na internet vários vídeos se tratando da realidade do João Paulo II, na própria televisão já saiu essa questão de ser um dos piores hospitais do país[...]O paciente no chão, deitado no chão sem maca, cheiro ruim às vezes cheiro de urina insuportável, às vezes faltando luz tendo que trabalhar.”(B7)</p>	<p>“[...]O paciente no chão, deitado no chão sem maca, cheiro ruim às vezes cheiro de urina insuportável, às vezes faltando luz tendo que trabalhar.”(B7)</p>	<p>Conhecimento sobre práticas não humanizadas</p>
B	<p>“Além dessa colocação que o B10 colocou nas questões longas de trabalho e da remuneração há também uma grande dificuldade do médico aqui em Rondônia de exercer sua função plenamente até pelas questões de precariedade, da medicação que falta, vários medicamentos que faltam, pois muitas vezes você prescreve medicamento e falta que é essencial para o paciente. Questões de exames também com números ilimitados às vezes você precisa de um exame que é importantíssimo para o paciente e você fica fadado com a quantidade bem reduzidos de exames que o laboratório, que o governo, o hospital permite você a solicitar[...]”(B7)</p>	<p>“Além dessa colocação que o B10 colocou nas questões longas de trabalho e da remuneração há também uma grande dificuldade do médico aqui em Rondônia de exercer sua função plenamente até pelas questões de precariedade, da medicação que falta, vários medicamentos que faltam, pois muitas vezes você prescreve medicamento e falta que é essencial para o paciente[...]”(B7)</p>	<p>Estrutura dos serviços e as práticas não humanizadas</p>
B	<p>“O que fere muito, o que machuca ai é assim, é muita letargia dos profissionais daqui, principalmente operacional, isso reflete muito na humanização. Tenho um exemplo de um paciente meu que foi fazer uma vesicostomia e o procedimento vai ser no final da tarde e por causa disso o término foi num momento que não tinha ninguém na RPA (Recuperação Pós Anestésica) e não tinha maca para levar e a mãe do lado de fora sem saber notícias nenhuma e a mãe precisou fazer o maior escândalo na frente para o pessoal chamar alguém. E até que algum técnico se mobiliza onde está o bebê, fica lá dentro. A mãe comentou que pegou a criança no centro cirúrgico nos braços e levou de volta pro Cosme e Damião no colo para voltar para o leito, sendo que na verdade tinha que ter uma maca e tudo e tal. E isso aí reflete em uma letargia dos funcionários daqui, uma total letargia parece que eles vivem na década de 80 ainda.”(B8)</p>	<p>“[...]A mãe comentou que pegou a criança no centro cirúrgico nos braços e levou de volta pro Cosme e Damião no colo para voltar para o leito, sendo que na verdade tinha que ter uma maca e tudo e tal. E isso aí reflete em uma letargia dos funcionários daqui, uma total letargia parece que eles vivem na década de 80 ainda.”(B8)</p>	<p>Estrutura dos serviços e as práticas não humanizadas</p>

Continua...

...conclusão

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
B	<p>“Para melhorar a formação desses docentes, nesse ponto eu gostaria de fazer um questionamento do trabalho com todo respeito mesmo. A gente está discutindo uma maneira de tornar os nossos serviços mais humanizados. Agora a gente tem que se perguntar essa humanização que a gente quer dentro da nossa realidade, nosso sistema é possível? Eu acho que é uma pergunta a ser feita. Independentemente da resposta eu penso que para a gente ter uma formação, como eu já disse, apesar dos esforços para tornar a nossa formação mais humanizada o que a gente vê é que a nossa formação continua pautada e direcionada pelo mercado e pela estrutura do serviço de saúde. Uma das primeiras falas do nº B8 a estrutura dos serviços de saúde.”(B10)</p>	<p>“[...]Agora a gente tem que se perguntar essa humanização que a gente quer dentro da nossa realidade, nosso sistema é possível? Eu acho que é uma pergunta a ser feita. Independentemente da resposta eu penso que para a gente ter uma formação, como eu já disse, apesar dos esforços para tornar a nossa formação mais humanizada o que a gente vê é que a nossa formação continua pautada e direcionada pelo mercado e pela estrutura do serviço de saúde. Uma das primeiras falas do nº B8 a estrutura dos serviços de saúde.”(B10)</p>	Estrutura dos serviços e as práticas não humanizadas
B	<p>“Uma coisa que o B11 falou aqui, a gente está falando muito da relação do médico com o paciente, mas a relação do médico com o próprio interno já não é uma relação humanizada e já começa por aí essa questão da humanização. O João Paulo ainda está um pouquinho assim indo bem, tem um pouquinho de organização grande parte sem dúvidas é por causa dos internos. Quando o interno assume um paciente lá ele organiza, faz evolução, faz o histórico, agora se não tem um interno ali, se você pegar o prontuário de um paciente não tem um interno acompanhando fica um caos ali só tem exame, a prescrição e a folhinha da admissão lá, de internação.”(B7)</p>	<p>“Uma coisa que o B11 falou aqui, a gente está falando muito da relação do médico com o paciente, mas a relação do médico com o próprio interno já não é uma relação humanizada e já começa por aí essa questão da humanização. O João Paulo ainda está um pouquinho assim indo bem, tem um pouquinho de organização grande parte sem dúvidas é por causa dos internos[...].”(B7)</p>	Práticas não humanizadas na relação professor-aluno

QUADRO ANALÍTICO A5

NUCLEO DIRECIONADOR - ENTENDIMENTO SOBRE FORMAÇÃO HUMANIZADA

TEMÁTICA - PNH NA FORMAÇÃO

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
A	<p><i>“Eu considero pelo foco da nossa formação é a formação dos nossos mestres, não apenas das universidades onde eles foram formados, mas sim, a orientação que eles têm quanto a disciplina que eles vão ministrar, o embasamento teórico, a troca de experiências que eles têm, numa tentativa de qualificação desse preceptor que está nos preceptorando. Porque o que acaba acontecendo é que cada preceptor acaba preceptorando a gente da forma com que ele acha melhor, da forma que ele acha que seja conveniente pra ele, mas da forma particular dele, não existe uma uniformização de treinamento desse professor, quanto à universidade de uma forma geral pra que ele possa instruir a gente melhor, pra que ele possa treinar a gente melhor. Eu acho que falta uma integração da universidade com esses professores pra nos formar melhor, é isso que eu vejo.”(A1)</i></p>	<p><i>“Eu considero pelo foco da nossa formação é a formação dos nossos mestres, não apenas das universidades onde eles foram formados, mas sim, a orientação que eles têm quanto a disciplina que eles vão ministrar, o embasamento teórico, a troca de experiências que eles têm, numa tentativa de qualificação desse preceptor que está nos preceptorando[...]”(A1)</i></p>	Sugestões para o desenvolvimento da PNH
A	<p><i>“Uma hora inadequada também no começo da faculdade, a gente não tá pensando em descentralização e não sei o quê... Eu estou aprendendo a contar pulso... Que eu vou querer saber disso sabe? A gente não vê a importância disso. Então agora que a gente tá ali dentro, que a gente tá vendo que o buraco é mais em baixo, aí que a gente tá entendendo mesmo o que é.” (A8)</i></p>	<p><i>“Uma hora inadequada também no começo da faculdade, a gente não tá pensando em descentralização e não sei o quê... Eu estou aprendendo a contar pulso... Que eu vou querer saber disso sabe?”(A8)</i></p>	Inserção da PNH no PPP do curso
A	<p><i>“Outra questão importante é que além de serem temas muito abstratos que as discussões muitas das vezes tornam redundantes. Nossa Grade Curricular tem mais de 70 % em relação ao estudo específico da patologia. Então, há um pouco tempo, além da falta de experiência pra gente poder praticar os próprios conceitos da humanização.”(A6)</i></p>	<p><i>“Outra questão importante é que além de serem temas muito abstratos que as discussões muitas das vezes tornam redundantes. Nossa Grade Curricular tem mais de 70 % em relação ao estudo específico da patologia. Então, há um pouco tempo, além da falta de experiência pra gente poder praticar os próprios conceitos da humanização.” (A6)</i></p>	

Continua...

...continuação

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
A	<i>“Nem tanto assim, atendimento de médico-paciente, no geral, poder colocar desde do começo da faculdade, como se fossem, projetos observacionais nas Unidades de Saúde: O que você pode mudar ou no JP? O que você pode mudar ou o que você poderia mudar para melhorar, baseando naquilo que você viu na teoria?”(A7)</i>	<i>“Nem tanto assim, atendimento de médico-paciente, no geral, poder colocar desde o começo da faculdade, como se fossem, projetos observacionais nas Unidades de Saúde: O que você pode mudar ou no JP? O que você pode mudar ou o que você poderia mudar para melhorar, baseando naquilo que você viu na teoria?”(A7)</i>	
A	<i>“Com relação aos estudantes, buscar de alguma forma chamar a atenção dos alunos, fazemos muita teoria e quase nenhuma prática, muito discussão, muita conversa, só o professor falando, falando, falando...e quase ninguém prestando atenção. A forma é chamar a atenção dos alunos com aulas mais práticas, mais interessantes em que ele pudesse estar explicando pra gente na prática, os docentes no caso, dando essa explicação na prática pra gente pra que não fique só aquilo na cabeça dar a teoria, mas sim embasado na prática. Não adianta você ter só teoria e não ter prática como nós não tivemos prática, basicamente no internato e aí você perde todo esse período de estudo para nada.”(A7)</i>	<i>“[...]A forma é chamar a atenção dos alunos com aulas mais práticas, mais interessantes em que ele pudesse estar explicando pra gente na prática, os docentes no caso, dando essa explicação na prática pra gente pra que não fique só aquilo na cabeça dar a teoria, mas sim embasado na prática. Não adianta você ter só teoria e não ter prática como nós não tivemos prática, basicamente no internato e aí você perde todo esse período de estudo para nada.”(A7)</i>	Inserção da PNH nos componentes práticos das disciplinas
A	<i>“Na época que a gente tem teórica a gente não têm noção nenhuma, então quando você chegar lá, você vai fazer isso, quando vocês chegarem. Na hora que você chega aqui você não tem tempo nem pra ver isso. Então se tivesse uma prática aqui, quando vocês estiverem aqui, fazendo outras coisas e aí fazendo isso, presta atenção nisso, como se fosse aula de canto. “Pegar” docentes de várias áreas, por exemplo, que a gente tem de Saúde Coletiva, são professores, a gente tem um só que era médico, uma enfermeira, e um farmacêutico, mas não tinham uma vivência do que a gente ia fazer, mas aquilo que eles aplicam, não é o que nós vamos aplicar.”(A4)</i>	<i>“Na época que a gente tem teórica a gente não têm noção nenhuma, então quando você chegar lá, você vai fazer isso, quando vocês chegarem.” (A4)</i> <i>“(...)Na hora que você chega aqui você não tem tempo nem pra ver isso. Então se tivesse uma prática aqui, quando vocês estiverem aqui, fazendo outras coisas e aí fazendo isso, presta atenção nisso, como se fosse aula de canto[...]”(A4)</i>	Inserção da PNH nos componentes práticos das disciplinas
A	<i>“Contextualizar dentro dessa prática, pra que a gente possa ver o que está tendo de errado e o que a gente pode fazer pra melhorar.”(A9)</i>	<i>“Contextualizar dentro dessa prática, pra que a gente possa ver o que está tendo de errado e o que a gente pode fazer pra melhorar.”(A9)</i>	Inserção da PNH nos componentes práticos das disciplinas

Continua...

...conclusão

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIA
A	<p>“Na realidade aqui na nossa universidade temos poucos professores, a gente têm muito pouco professores. Muitos professores estão na universidade com objetivo de currículo, eles são médicos e não são docentes, completamente diferentes. Então, o nosso internato, boa parte dele, praticamente 100% dele, a gente acompanha um médico no serviço dele. Não é uma estrutura de ensino preparada pra ele ficar ali pra gente aprender com calma, orientar como professor, não, ele tá ali como médico no horário de trabalho dele atendendo muitos pacientes, e a gente acaba muito mais aprendendo tocar serviço do jeito que ele faz com rapidez do que na estrutura de ensino mesmo. Então como a gente tá numa estrutura completamente errada, num sistema que não funciona, onde não tem exame, os consultórios estão lotados e os médicos não tem tempo pra nada, nem todo mundo acho que tem consciência de não propagar aquilo, eu acho que às vezes aquilo se torna comum. Então você entra num sistema que você se acostuma, o paciente demora três meses, quatro meses pra fazer um exame. E pedir um retorno para o paciente, o paciente concluir o retorno, isso acaba não virando muito, acaba propagando o que tá errado.”(A2)</p>	<p>“[...]Então, o nosso internato, boa parte dele, praticamente 100% dele, a gente acompanha um médico no serviço dele. Não é uma estrutura de ensino preparada pra ele ficar ali pra gente aprender com calma, orientar como professor, não, ele tá ali como médico no horário de trabalho dele atendendo muitos pacientes, e a gente acaba muito mais aprendendo tocar serviço do jeito que ele faz com rapidez do que na estrutura de ensino mesmo. (A2)</p> <p>“[...] Então como a gente tá numa estrutura completamente errada, num sistema que não funciona, onde não tem exame, os consultórios estão lotados e os médicos não tem tempo pra nada, nem todo mundo acho que tem consciência de não propagar aquilo, eu acho que às vezes aquilo se torna comum[...]”(A2)</p>	Estrutura de ensino e formação deficiente nas práticas humanizadas

QUADRO ANALÍTICO B5
 NUCLEO DIRECIONADOR - ENTENDIMENTO SOBRE FORMAÇÃO HUMANIZADA
 TEMÁTICA - PNH NA FORMAÇÃO

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	NÚCLEOS DE SIGNIFICADOS
B	<p>“Eu concordo com o B10, o ensino tem que tentar trabalhar o sistema, no qual a gente vai ser inserido, trabalhar do ponto de vista humano, a relação com o paciente e pra isso também fonte estrutural que foi muito bem falado e englobando todo o sistema, desburocratizar muitas coisas que já foi falada aqui pelos internos boa parte poderia ser feito para o paciente. Outra coisa as questões das melhores condições de trabalho, inclusive salarial e trabalhar no intuito, num conjunto talvez um pouco utópico e isso vai melhorar até do ponto de vista dos docentes que estão vivenciando, pode passar isso de uma maneira mais clara, mais analisados, vivenciado o antes e o depois para a gente ser melhor inserido, melhor recebido digamos assim.”(B9)</p>	<p>“Eu concordo com o B10, o ensino tem que tentar trabalhar o sistema, no qual a gente vai ser inserido, trabalhar do ponto de vista humano, a relação com o paciente e pra isso também fonte estrutural que foi muito bem falado e englobando todo o sistema, desburocratizar muitas coisas que já foi falada aqui pelos internos boa parte poderia ser feito para o paciente[...]”(B9)</p>	Inserção da PNH no PPP do curso
B	<p>“Pelo fato do conceito do SUS, como o B4 falou, ter sido muito abordado na prática e a gente viu sim questões teóricas na faculdade sobre humanização, mas se não colocou em prática acaba se perdendo.”(B8)</p>	<p>“Pelo fato do conceito do SUS, como o B4 falou, ter sido muito abordado na prática e a gente viu sim questões teóricas na faculdade sobre humanização, mas se não colocou em prática acaba se perdendo.”(B8)</p>	Inserção da PNH nos componentes práticos das disciplinas
B	<p>“Eu acho que tem que implementar mais a questão das políticas nas áreas tipo canguru que todos mundo sabe que é uma prática e todos sabem que existe o cuidado com o aleitamento e tal, feito um paralelo sobre a questão do parto humanizado, religiosos, na questão do educação do bebê para a gente ter um paralelo para saber o que o SUS faz sobre a humanização, lógico que eles tem todos os dias, hipertensos tal tudo, mas assim isso não é implementado dentro da carga horária entendeu, teve diabetes, teve hipertensão entendeu, essa abordagem você tem que saber ao sair da graduação, saber todos os programas que tem dentro do SUS, coisas que na minha concepção eu não tenho esse conhecimento já consolidado, mas a gente sai da faculdade sem saber tudo, pelo menos saber o que o SUS tem de humanização isso é um curso de vivência, 90% disso sem condição.”(B4)</p>	<p>“(…)na questão do educação do bebê para a gente ter um paralelo para saber o que o SUS faz sobre a humanização, lógico que eles tem todos os dias, hipertensos tal tudo, mas assim isso não é implementado dentro da carga horária entendeu, teve diabetes, teve hipertensão entendeu (…)”</p> <p>“(…)essa abordagem você tem que saber ao sair da graduação, saber todos os programas que tem dentro do SUS, coisas que na minha concepção eu não tenho esse conhecimento já consolidado, mas a gente sai da faculdade sem saber tudo, pelo menos saber o que o SUS tem de humanização isso é um curso de vivência, 90% disso sem condição.”(B4)</p>	Inserção da PNH nos componentes práticos das disciplinas

Continua...

...conclusão

GRUPO FOCAL	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	NÚCLEOS DE SIGNIFICADOS
B	<p><i>“Eu acho que a melhor forma da humanização contribuir na nossa formação seria se a gente realmente a visse na prática, vendo ela na prática as coisas ficam mais fácil, não só a gente tentando fazer sozinho, entendeu.”(B1)</i></p>	<p><i>“Eu acho que a melhor forma da humanização contribuir na nossa formação seria se a gente realmente a visse na prática, vendo ela na prática as coisas ficam mais fácil, não só a gente tentando fazer sozinho, entendeu.”(B1)</i></p>	<p>Inserção da PNH nos componentes práticos das disciplinas</p>
B	<p><i>“Outro ponto também é a falta de um hospital universitário. A gente acaba sendo muito prejudicado por causa disso, além de ter uma universidade federal aqui e têm duas universidades particulares também, todos dividindo o mesmo escasso campo de estágio que é disponibilizado. E com isso aquele que, muitos dos médicos que a gente passa por eles na verdade não são nem os nossos preceptores, a gente tem que estar correndo atrás de um médico plantonista para poder aprender um pouco mais né. A gente não tem aquele acompanhamento de algum ponto, não generalizando, mas em alguns locais, não tem o acompanhamento de um médico que vai ali e te explica olha você tem que fazer isso e isso, é assim que funciona.”(B7)</i></p>	<p><i>“Outro ponto também é a falta de um hospital universitário. A gente acaba sendo muito prejudicado por causa disso, além de ter uma universidade federal aqui e têm duas universidades particulares também, todos dividindo o mesmo escasso campo de estágio que é disponibilizado. (B7)</i></p> <p><i>“(…)E com isso aquele que, muitos dos médicos que a gente passa por eles na verdade não são nem os nossos preceptores, a gente tem que estar correndo atrás de um médico plantonista para poder aprender um pouco mais né[...](B7)</i></p>	<p>Estrutura de ensino e formação deficiente nas práticas humanizadas</p>

APÊNDICE D
PRODUTO
NÚCLEO DE ESTUDOS DE HUMANIDADES EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA – UNIR

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de graduação em medicina, implantadas pela Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, possibilitaram grandes avanços e desafios para o aparelho formador, clamando pela reformulação dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP).

Neste contexto, a Universidade Federal de Rondônia (UNIR) passou a oferecer, em 2002, um curso de medicina, o qual ainda é recente e, portanto, necessita trabalhar novas propostas curriculares com vistas a contemplar as concepções propostas pelas DCNs.

Foram evidenciados vários aspectos concordantes e discordantes do Projeto Político Pedagógico da Universidade, do ponto de vista discente, resultantes de vivências apreendidas nos grupos focais trabalhados. Estas experiências estão sistematizadas e analisadas na dissertação: Política Nacional de Humanização (PNH): um estudo a partir de estudantes de medicina.

As análises empreendidas permitem reconhecer a necessidade de implantar espaço de apoio aos estudantes e professores na busca por melhorar a relação interdisciplinar e interpessoal entre os sujeitos do curso.

Para Bulcão e Sayd (2003), os valores do professor médico integram a formação dos alunos, pois aprendem não só pela observação dos métodos e técnicas, mas também se espelhando no comportamento profissional e pessoal do educador. O ambiente acadêmico, em sala de aula ou no internato, constitui um espaço social que necessita de imersão e aceitação.

Enfatizam:

“A profissão médica apresenta especificidades relativas a valores e auto-imagem do médico, os quais, ao final, estariam influenciando diretamente os caminhos percorridos pela escola médica, como parte importante do currículo oculto.” (Bulcão e Sayd, 2003, P. 12).

Por este caminho, também seguem Perim et al.(2009):

“Na educação médica, é reconhecida a grande influência que a estrutura social, particularmente a organização social dos serviços, exerce sobre a formação dos profissionais de saúde.” (Perim et al, 2009, p. 71)

Para Carabetta Junior e Cury (2013):

“No processo pedagógico, o aluno precisa participar das atividades desenvolvidas como objeto e como sujeito da educação. Afirmar que o aluno é o objeto da educação significa considerá-lo como verdadeiro objeto de trabalho do processo produtivo escolar, já que ele constitui a própria realidade sobre a qual se aplica o trabalho humano, com vistas à realização do fim educativo.” (Carabetta Junior e Cury, 2013, p. 46).

CARABETTA JUNIOR e CURY (2013) enfatizam que a ação docente é simbiótica com o discurso pedagógico e que o ensino superior continua a apostar na reprodução de conhecimentos pré-elaborados, resultando em inércia, quando deveria buscar novos paradigmas. Esta postura privilegia a mera reprodução, não favorecendo o processo de reconstrução, que deveria ser contínuo.

Para Perim et al. (2009), especial atenção deve ser dada ao docente médico:

“O professor de medicina, assim como nas demais áreas da docência no ensino superior, não foi preparado para ensinar e, em decorrência disso, sua experiência deriva principalmente de seu conhecimento no campo em que atua.” (Perim et al., 2009, p. 72)

Neste sentido, entende-se que a criação de um Núcleo de Estudos de Humanidades em Saúde, vinculado ao Departamento de Medicina da UNIR, poderá contribuir para a constante reavaliação do curso, agregando novos valores à relação professor-aluno e caminhando em consonância com as diretrizes curriculares e inovações requeridas por esta formação e pela profissão médica.

2 OBJETIVOS:

2.1 Objetivo Geral

Constituir um espaço permanente de discussões sobre a aprendizagem e o ensino sobre humanização na formação médica.

2.2 Objetivos Específicos

- Favorecer a integração entre os docentes e discentes, discutindo as necessidades e as demandas para que a formação médica tenha espaços para aprendizagem sobre humanização;
- Propiciar a realização de atividades que articulem ensino, pesquisa e extensão no decorrer da graduação no curso de medicina, enfatizando as experiências que incidam sobre a humanização na formação médica;
- Incentivar a troca de experiências e vivências entre docentes e discentes do curso de medicina no tocante à humanização na formação médica.

3 METODOLOGIA DE AÇÃO

3.1 Roda de conversa

A metodologia das rodas de conversa baseia-se na discussão coletiva a partir de temática proposta pelo pesquisador, criando espaços de diálogos onde os sujeitos possam dialogar, escutar e serem escutados. Visam as trocas de experiências e intercâmbio de informações entre os sujeitos, a serem captadas pelo pesquisador (COELHO, 2007).

3.2 Local

As atividades ocorrerão nas dependências da Universidade Federal de Rondônia, em espaço apropriado, designado pela coordenação do curso de medicina, com periodicidade bimestral ordinariamente ou extraordinariamente, de acordo com as necessidades do grupo.

3.3 Público Alvo

Docentes e discentes do curso de Medicina da UNIR, com adesão voluntária, interessados em participar das atividades do núcleo.

3.4 Atividades

Serão realizados encontros de rodas de conversas, além de divulgação de calendário de reuniões e demais atividades que se mostrarem relevantes para o grupo. Deverão ser trabalhados prioritariamente temas pertinentes à formação médica e humanização.

4 RESULTADOS E PROCESSOS AVALIATIVOS

Os resultados serão analisados e utilizados para elaboração de instrumentos com vistas ao constante aprimoramento das relações humanísticas entre os atores do curso.

Por meio dos instrumentos avaliativos que serão desenvolvidos, a coordenação do curso poderá intervir, de forma célere, na adequação de metodologias de abordagens que possibilitem resultados efetivos para o curso.

BIBLIOGRAFIA

BULCAO, Lucia Grando; SAYD, Jane Dutra. As razões da escola médica: sobre professores e seus valores. Os valores dos médicos e os impasses da escola médica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2003.

CARABETTA JUNIOR, Valter; CURY, Maria Cristina F. da S.. A contribuição da coordenação pedagógica na escola de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2007.

COELHO, D. M. Intervenção em grupo: construindo rodas de conversa. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 14., 2007, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro: ABRAPSO, 2007.

PERIM, Gianna Lepre et al. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, 2009.

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo

12/11/13 Plataforma Brasil

12/11/13

BRASIL

principal central de suporte SAIR

IVANIA DA CONCEIÇÃO ALVES STORER - Pesquisador | V2.19

Cadastros Sua sessão expira em: 03:01:45

Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

Dados do Projeto de Pesquisa

Título da Pesquisa: POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): UM ESTUDO A PARTIR DE ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONIA- UNIR
 Pesquisador: IVANIA DA CONCEIÇÃO ALVES STORER
 Área Temática:
 Versão: 2
 CAAE: 031/3913.0.0000.5505
 Submetido em: 26/02/2013
 Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP-HM
 Situação: Aprovado
 Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Documentos Postados do Projeto

Tipo Documento	Situação	Arquivo	Postagem
Parecer Consubstanciado do CEP	A	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_209165.pdf	01/03/2013 11:51:33
Informações Básicas do Projeto	A	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_31739.pdf	26/02/2013 11:16:33
Interface REBEC	A	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	26/02/2013 11:16:33
Projeto Detalhado	A	PROJETO_IVANIA_ultima correção.doc	26/02/2013 11:15:50
Documento comprobatório	A	folha de rosto atual.jpg	26/02/2013 07:34:57
Outros	A	carta de ciencia UNIR.jpg	25/02/2013 13:39:28
Folha de Rosto	A	Folha de Rosto.JPG	02/08/2012 15:43:22
TCE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	A	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.docx	11/05/2012 09:34:45

[Listar Todos »](#)

Tramitação:

CEP Trâmite	Situação	Data Trâmite	Parecer	Informações
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP Hospital São Paulo	Submetido para avaliação do CEP	11/05/2012		
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP Hospital São Paulo	Rejeição do PP	11/05/2012		Apresentar carta de ciencia da Universidade Federa... Ver mais>>
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP Hospital São Paulo	Submetido para avaliação do CEP	11/01/2013		
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP Hospital São Paulo	Aceitação do PP	12/01/2013		
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP Hospital São Paulo	Parecer liberado	01/02/2013	Parecer do colegiado acatado	
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP Hospital São Paulo	Submetido para avaliação do CEP	26/02/2013		
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP Hospital São Paulo	Aceitação do PP	26/02/2013		
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP Hospital São Paulo	Parecer liberado	01/03/2013	Parecer do colegiado acatado	

Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável

[Voltar](#) [Enviar Notificação](#)

plataformabrasil.saude.gov.br/isaop/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisa.jsf

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): UM ESTUDO A PARTIR DE ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONIA- UNIR

Pesquisador: IVANIA DA CONCEIÇÃO ALVES STORER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03173913.0.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 209.155

Data da Relatoria: 01/03/2013

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer cep. 192217 de 1/2/2013

Objetivo da Pesquisa:

Conforme parecer cep. 192217 de 1/2/2013

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme parecer cep. 192217 de 1/2/2013

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme parecer cep. 192217 de 1/2/2013

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme parecer cep. 192217 de 1/2/2013

Recomendações:

Conforme parecer cep. 192217 de 1/2/2013

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem inadequações. Autorização da Universidade Federal de Rondonia apresentada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer do relator

SAO PAULO, 01 de Março de 2013

Assinador por:

**José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)**

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@unifesp.br

UNIR

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA




NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARTA DE CIÊNCIA

A Coordenação do Curso de Medicina da Universidade Federal de Rondônia- UNIR está ciente e de acordo com a coleta de dados nesta instituição no que se refere ao Projeto de Pesquisa: POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH); UM ESTUDO A PARTIR DE ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONIA.

Esta pesquisa será conduzida pela Mestranda Ivania da Conceição Alves Storer do Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo.

Povo Velho, 22 de janeiro de 2013.


Ana Lucia Escobar
Chefe do Departamento Acadêmico
de Medicina
Perícia nº 486/GR, de 01/08/2012