MARIA LUISA FARIA MAKABE

A INTEGRAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA COMUNIDADE EM UM CURSO MÉDICO: A VISÃO DISCENTE A RESPEITO DE SUA FORMAÇÃO HUMANÍSTICA

Tese apresentada ao Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) para defesa no Programa de Mestrado Acadêmico "Ensino em Ciências da Saúde".

SÃO PAULO
2009

MARIA LUISA FARIA MAKABE

A INTEGRAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA COMUNIDADE EM UM CURSO MÉDICO: A VISÃO DISCENTE A RESPEITO DE SUA FORMAÇÃO HUMANÍSTICA

Tese apresentada ao Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde no Programa de Mestrado Acadêmico

Orientador: Prof. Dr. José A. Maia

SÃO PAULO
2009

Makabe, Maria Luisa Faria
A Integração na Atenção Básica à Saúde na Comunidade em um Curso médico: a visão discente a respeito de sua formação humanística / Maria Luisa Faria Makabe – São Paulo, 2009.
iv, 121f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Integration in a Primary Basic Health Attention in a Community in a Medical Undergraduation Course: the discents' view about their humanistic formation.

1. Educação Médica. 2. Currículo 3. Humanização. 4. Aprendizagem.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

Diretora do CEDESS: Profa. Dra. Maria Cecília Sonzogno

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação: Profa. Dra. Sylvia Helena Batista

Título:

A INTEGRAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA COMUNIDADE EM UM CURSO MÉDICO: A VISÃO DISCENTE A RESPEITO DE SUA FORMAÇÃO HUMANÍSTICA

Presidente da Banca Examinadora: Prof. Dr. José Antonio Maia de Almeida

BANCA EXAMINADORA:

Prof.Dr. José Lúcio Martins Machado
Profa. Dra. Maria Cezira Fantini Nogueira Martins
Prof. Dr. Dante Marcello Claramonte Gallian

Ao meu marido Sérgio e meus filhos Sérgio e Pedro, pelo amor, compreensão, apoio incondicional e por estarem sempre ao meu lado em todas as batalhas, ajudando-me a vencer.

Aos meus pais Carlos e Eunyce, pelo orgulho e carinho que sempre tiveram por mim.

À UNICID que me proporcionou, através de sua metodologia de ensino e pela constante educação permanente, o meu crescimento como ser humano e como profissional.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor **José Antonio Maia** pelo seu dinamismo científico, amizade, incentivo, paciência, imensurável sabedoria e orientação que propiciou a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor **José Lucio Martins Machado** pela oportunidade de realização desta pesquisa, no contexto institucional em que estou inserida há alguns anos.

À Professora Doutora **Maria Cezira Fantini Nogueira Martins** e ao Professor Doutor **Dante Marcello Claramonte Gallian** pelas valiosas reflexões críticas na qualificação desta tese, com o máximo rigor científico e humanístico.

Aos Docentes do Mestrado do CEDESS que tão brilhantemente souberam nos motivar a crescer em cada aula.

Aos funcionários do CEDESS, e, em particular, à **Sra. Sueli Pedroso**, não apenas pelo apoio técnico, mas pelo carinho e pela paciência.

Aos colegas de turma do Programa de Mestrado, pela inquietude na investigação científica, pela amizade, carinho e colaboração durante todo o período de elaboração deste trabalho.

Aos alunos do curso médico da Universidade Cidade de São Paulo, colaboradores desta pesquisa, pelo respeito, carinho e compreensão durante a pesquisa. Aprendi muito com estes meninos e meninas...

À minha amiga **Sonia Maiellaro** pela amizade e ajuda para o enriquecimento deste trabalho.

Sumário

Resumo i

Abstract ii

Lista de Abreviações iii

Lista de Figuras e Tabelas iv

I. INTRODUÇÃO 1

II. OBJETIVOS 6

III. REFERENCIAL TEÓRICO 8

1. A PRÁTICA MÉDICA E A HUMANIZAÇÃO AO LONGO DOS SÉCULOS 9
2. HUMANISMO, HUMANIDADES E HUMANIZAÇÃO 18
3. POLÍTICAS DE SAÚDE 25
4. FORMAÇÃO HUMANÍSTICA DO MÉDICO: DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS 32

4.A. A REFORMULAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL E AS MUDANÇAS NO ENSINO MÉDICO 32

4.B. A FORMAÇÃO HUMANÍSTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA 37

4.C. NOVAS PROPOSTAS DE FORMAÇÃO MÉDICA: PROBLEMATIZANDO E REFLETINDO SOBRE O COTIDIANO 39

4.D.O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NA GRADUAÇÃO MÉDICA 49

IV. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 54

1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA 55
2. ASPECTOS ÉTICOS 57
3. CONTEXTO E SUJEITOS DO ESTUDO 57
4. INSTRUMENTOS DE PESQUISA 57
5. ANÁLISE DOS DADOS 60

V. RESULTADOS 62

VI. DISCUSSÃO 80

VII. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS 95

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 99

IX. ANEXOS 109

RESUMO

A sucessão histórica de modelos curriculares na educação médica apontam para a necessidade de aprendizagem em novos cenários, colocando o aluno em contato com o paciente e suas necessidades desde o início do curso médico. É na prática constante, longitudinal, que este irá desenvolver a gama de competências para sua futura atuação profissional, em um mundo do trabalho que requer atributos tais como criatividade, autonomia na busca do conhecimento, e capacidade de trabalhar em ambientes multiprofissionais. A reflexão assume um papel fundamental, juntamente com uma visão humanística do seu paciente, entendendo e respeitando na sua complexidade. Assim sendo, o presente trabalho teve por objetivo investigar como um programa de inserção longitudinal de estudantes de medicina em cenários comunitários poderia influenciar sua formação humanística. Por meio de questionários e entrevistas, observou-se que a aprendizagem comunitária – particularmente em visitas domiciliárias acompanhando Agentes Comunitários de Saúde – resultou em profundas reflexões sobre a inserção social dos sujeitos como alunos e futuros profissionais. Alguns pesquisados inclusive consideraram o trabalho na atenção básica como uma possibilidade de escolha de Residência Médica. De alguma forma, todos os sujeitos valorizaram a experiência como um importante componente da humanização de suas práticas e reflexões atuais e futuras, demonstrando que o ensino integrado da academia com os serviços pode efetivamente constituir-se em uma estratégia curricular formalmente planejada voltada para uma formação mais global e humanizada na gradação médica.

Palavras chave: 1. Educação Médica. 2. Currículo 3. Humanização. 4. Aprendizagem.

ABSTRACT

The historical design of medical under graduation curricula have evidenced the importance of diversification of learning sceneries, where the student can establish close contact with patients and their families since the very beginning of the course. Only practicing constantly the medical student will have the opportunity of developing the several dimensions of his future professional actuation, in a world that demands qualities such as creativity, autonomy in searching information and the ability of working in multiprofessional teams. Internal reflection becomes a key hole, as well as a humanistic vision of the patient, understanding and respecting his complexity as a human been. This work aimed at investigating if and how a longitudinal insertion of medical students can have an influence in their humanistic formation. Analyzing answers from questionnaires and interviews, we could observe that learning medicine in the community – particularly in home visits with "Community Health Agents", has evoked deep reflections about the social insertion of the students and future doctors. Some of the subjects even considered working in primary care, in their future professional lives. In a way or in another, all subjects valued the curricular experience as an important component of their practices and reflections, suggesting that integration of academy and services may constitute a formal curricular planning aiming to a formation more global and humanized in medical undergraduation.

Key Words: 1. Medical Education. 2. Curriculum. 3. Humanization. 4. Learning .

LISTA DE ABREVIAÇÕES

ACS	AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE
DCN	DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS
ESF	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
INAMPS	INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
NOAS	NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PBL	PROBLEM BASED LEARNING
PISCO	PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
PNHAH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UNICID	UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO
VD	VISITA DOMICILIÁRIA

LISTA DE FIGURA E TABELAS

FIGURA 1- O Currículo e os Currículos

TABELA I - Número de alunos que participaram da pesquisa de acordo com suas etapas (semestres)

TABELA II - Quantidade de alunos que estiveram em uma UBS antes do curso médico

TABELA III - Quantidade de alunos que estiveram algum momento da vida (fora do PISCO) em lugares socialmente menos favorecidos.

TABELA IV - Quantidade de alunos que tinham algum conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde e sobre o Programa de Saúde da Família, antes de ingressar no curso médico.

TABELA V- Resultados obtidos de acordo com os níveis de concordância.

"Isso não é o fim.

Isso não é nem o começo do fim.

Mas talvez este seja o fim do começo..."

W. Churchill

INTRODUÇÃO

Na humanização da medicina, cada vez mais, observa-se um movimento pró-religião e espiritualidade atingindo os profissionais da saúde. E atender e respeitar as necessidades espirituais e religiosas dos pacientes parece adicionar um benefício não só ao paciente, mas também as suas famílias, que se sentem mais protegidas e amparadas. O que se deve humanizar? Recuperar a relação médico-paciente, a ética, a medicina de família, dar uma visão mais holística à profissão? Re-investir na formação dos médicos, por meio da humanização das escolas médicas? Re-humanizar o próprio médico? Qualquer médico sabe por experiência própria que uma doença raramente é orgânica ou psíquica, ou social ou familiar. O profissional sabe que ela é orgânica e psíquica, social e familiar. Todos os sintomas formam um complexo conjunto de diferentes instâncias, quer seja orgânica, psicológica, social ou familiar (LOWN, 1997).

Em nosso meio, a partir de 2001, a formação superior em medicina é norteada pelas Diretrizes Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001), que, por sua vez, emanam da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 2006), que extinguiram os “currículos mínimos” do ensino superior.

As Diretrizes Nacionais conferem, na graduação médica, uma ênfase especial a aspectos éticos e humanísticos, redimensionando não apenas o espectro da formação, mas também os espaços de ensino-aprendizagem, valorizando o convívio prático do estudante com o indivíduo e sua família desde o início do curso.

Em concordância com o documento legal, a educação profissional deve estar orientada aos problemas mais relevantes da sociedade, de modo que a seleção de conteúdos essenciais deve ser feita com base em critérios

epidemiológicos e nas necessidades de saúde. Do ponto de vista metodológico, considerando tudo o que há acumulado a respeito do processo de aprendizagem de adultos, as Diretrizes enfatizam a utilização de estratégias ativas de ensino-aprendizagem, que possibilitam a construção dos conhecimentos a partir dos problemas da realidade, a integração de conteúdos básicos e profissionalizantes, a integração entre teoria e prática, bem como produção de conhecimento integrada à docência e às práticas cuidadoras (FEUERWERKER, 2002).

Byrne & Rosenthal (1994) consideram que a compreensão da dimensão humana tem sido desvalorizada nos cursos de Medicina, dificultando assim uma visão integral do paciente e a comunicação do estudante com ele.

Conforme afirmação anterior, a diversificação dos cenários de formação é compreendida como uma das estratégias para transformações curriculares, uma vez que aproxima os estudantes da vida cotidiana da população e desenvolve olhares críticos, ao envolvê-los com os reais problemas da população desde o início de sua formação. Cenários de aprendizagem não devem se restringir aos locais de desenvolvimento de práticas profissionais tradicionalmente construídos, mas devem representar espaços em que as relações dos sujeitos sejam eficazmente desenvolvidas, rompendo as barreiras das academias com os serviços. Uma das opções para tal diversificação é a aprendizagem baseada na comunidade, na qual o estudante permanece durante sua formação (em paralelo com as atividades acadêmicas intramuros) inserido longitudinalmente em um processo dinâmico de práticas integradas à comunidade, produzindo para tanto, conhecimento e serviço de ações em saúde à população. Diferentemente de currículos que planejam estágios breves

e pontuais, principalmente em centros de saúde escola, este tipo de educação requer envolvimento dos estudantes com e na comunidade, suscitando reflexões das práticas em saúde envolvidas para a construção de novos rumos para a atenção à saúde da população (FEUERWERKER, 2002).

Pensando nesta perspectiva de integração teórico-prática em cenários inerentes à comunidade, e graduada como Cirurgiã Dentista, com especialidade em Saúde Pública, inseri-me como docente na Universidade Cidade de São Paulo (UNICID). O Curso Médico da instituição estrutura seu projeto político pedagógico em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, em particular na Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL – Problem Based Learning) e na Problematização junto à comunidade.

No Curso, a integração dos alunos na comunidade recebe o nome de Programa de Integração em Saúde na Comunidade (PISCO), e ocupa os quatro primeiros anos do currículo (aos quais se seguem os dois de Internato). Contando com um corpo docente multiprofissional, o PISCO insere os estudantes, distribuídos em grupos, nos diversos espaços onde ocorrem cuidados à saúde da comunidade, provocando reflexões das práticas em saúde envolvidas para a construção de novos rumos na atenção à saúde. Além de acompanharem e participarem de atendimentos em UBSs e espaços comunitários, o aluno estabelece contato com a realidade também por meio de visitas domiciliárias (VDs), acompanhando Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em suas atividades do Programa de Saúde da Família (PSF). A perspectiva de integralidade deste contato com a comunidade é de extrema importância para a aproximação do estudante com a realidade das necessidades da população (particularmente na atenção à saúde), que

necessita de um serviço público, oferecendo oportunidade ao aluno do trabalho com cada integrante da família, na medida em que o curso vai se desenvolvendo. São realizadas várias ações com a população, sempre com integração ao trabalho do PSF, com graus de complexidade e responsabilidade crescentes, na evolução curricular.

A partir da observação das atividades do PISCO, surgiu um questionamento: Um programa que insira o estudante na comunidade atendida pelo SUS objetivando inicialmente expandir suas práticas como futuro médico e suas competências relacionais poderá constituir-se em uma estratégia privilegiada para a formação humanística do estudante, no âmbito da integralidade da educação médica?

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Estudar, sob o ponto de vista dos discentes de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo, a influência do Programa de Integração em Saúde na Comunidade (PISCO) em sua formação humanística.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a visão e a evolução experimentada pelos estudantes, ao longo das atividades do PISCO, no que diz respeito à relação médico-paciente, no contexto da comunidade.

Identificar e discutir o PISCO como indutor de reflexões sobre suas próprias concepções e expectativas, tanto do ponto de vista pessoal como de sua futura prática profissional.

Caracterizar a influência do PISCO na formação humanística dos estudantes, mapeando as experiências curriculares que tiveram impacto neste aspecto da integralidade proposta para a formação.

REFERENCIAL TEÓRICO

1. A PRÁTICA MÉDICA E A HUMANIZAÇÃO AO LONGO DOS SÉCULOS

"*Em todo lugar e em todas as épocas houve médicos.”*

(JAEGER, 1986)

Os gregos utilizaram a matemática egípcia e a astronomia babilônica para fundamentar a filosofia e a lógica de sua medicina. Os médicos guerreiros conheciam ossos, juntas, músculos e tendões do corpo. A prática médica começou com os heróis-médicos, guerreiros conhecedores das artes da cura: cirurgias militares, que utilizavam largamente plantas medicinais. O médico era altamente considerado (PALERMO, 1989).

O mesmo autor afirma que o médico era o representante de uma cultura especial do mais alto grau metodológico e havia um saber ético de caráter prático, a personificação de uma moral profissional exemplar, a qual era invocada para inspirar confiança na estruturação das relações humanas. Em outros termos, o médico era o exemplo máximo a ser seguido pelas pessoas e pelas demais profissões, pois reunia no seu conjunto de funções a integração da prática com a ética.

Os médicos filósofos foram os pioneiros na racionalização da medicina. Hipócrates escreveu o primeiro tratado sobre climatologia médica, “Dos ares, das águas e dos lugares”, acerca dos efeitos do clima e do meio ambiente

sobre as condições de saúde e doença, a difusão das epidemias, preocupando-se com a natureza da água e do alimento e com a natureza das próprias pessoas. Hipócrates incutiu uma visão mais científica em uma área dominada pela magia e pela superstição. Seus julgamentos eram cuidadosos e moderados (SOUZA MELO, 1989). É sabido que, para aquele que é considerado o "pai da medicina ocidental", o homem era visto em uma dimensão de integralidade, desde a realização da anamnese (uma "trajetória ao longo da memória") até tentativas de compreensão de sintomas e moléstias e proposições terapêuticas.

Para Brandão, (1990), a medicina "racional", distanciada de superstições e mitos, foi uma invenção dos gregos. Com o advento dos filósofos pré-socráticos, que investigaram a estrutura do mundo natural sem recorrer a explicações míticas ou místicas, a Medicina começou a sair da esfera da magia e a entrar progressivamente no domínio da ciência. Por volta da metade do século V a.C. os médicos gregos já haviam desenvolvido teorias para explicar o funcionamento do corpo humano e o mecanismo de doenças. Este conhecimento mostrou-se, posteriormente, "inexato", porém intrinsecamente consistente com os conhecimentos científicos da época. Contudo, os princípios de higiene, alimentação e exercícios que utilizavam no tratamento dos doentes eram válidos em grande parte e são válidos até o presente. Não era requerida, todavia, nenhuma qualificação formal, e ao lado de médicos sérios proliferavam muitos charlatões. Todos os sofrimentos do corpo eram da alçada do médico. A medicina atual guarda ainda, sem dúvida, princípios essencialmente hipocráticos.

Segundo Dilthey (1979), o ideal humanista clássico, originário da Antigüidade Grega, aspirava que o homem alcançasse sua essência por meio da valorização do bem, do belo e do senso de justiça. Buscava a compreensão das misérias humanas procurando superá-las.

Avançando alguns séculos, o pensamento humanista renascentista resultou de um contexto histórico, gerado por circunstâncias sociais e políticas peculiares, em especial pelo desmoronamento do sistema teológico medieval.

Em suas origens, há oposição entre os intelectuais medievais e os humanistas. O intelectual medieval é considerado como profundamente antintelectualista, mais literário que científico, mais fideísta que racionalista, seguindo um referencial escolástico. Além de intectualmente diferentes, os humanistas muito se distanciam, do ponto de vista social, dos intelectuais medievais. O meio do humanista é a realidade, como um viajante que vai buscar o conhecimento através da experiência empírica, enquanto o medieval enclausurava-se na Academia fechada e a na corte. A história perpetuou a imagem do intelectual medieval em um ambiente abastado, luxuoso e belo, entregue ao ócio e as letras, situando o humanista renascentista em um febril ambiente urbano, aberto a todos, inquieto em fazer progredir todas as técnicas e articulá-las dentro de um contexto comum (LE GOFF,1993).

Segundo Mertens (1999), o Humanismo surgiu na Itália do século XIV, consistindo na crença da formação de um homem integral, bom cidadão, culto e de bom gosto, que soubesse apreciar a beleza e que encontrasse prazer na busca do conhecimento (BOLOGNA, 1999). Difunde-se, então, para toda a Europa, sendo seus representantes mais importantes: Petrarca, Salutati, Alberti,

Valla (Itália), Erasmo (Holanda), Morus (Inglaterra) e Montaigne (França). No centro do pensamento humanista encontra-se o homem, ao qual subordinam-se os temas da natureza, da história e da língua. A designação de Humanismo é derivada dos chamados *studia humanitatis*, inspirados por sua vez no conceito clássico de *humanitas*, cujo caráter era eminentemente educacional e encontrava-se intimamente associado a um processo de transformação da própria noção de indivíduo, que, valorizando o ser humano enquanto tal, passou a preocupar-se justamente com aquilo que dá a ele seu caráter propriamente humano, ou seja, sua natureza.

Hernández, (1995) descreve que, nessa época, a medicina participava e contribuía fortemente para o desenvolvimento dessas características do movimento humanista. Dentre os primeiros médicos humanistas, encontrava-se Tomás Linacre (1460-1524) e Johannes Günther (1487-1574), considerados mais como homens de letras que anatomistas. Esses médicos dedicaram a maior parte de suas vidas às traduções para o latim de Hipócrates, mais preocupados em consolidar os textos de autores clássicos do que realizar observações empíricas.

Tais características do humanismo clássico na Medicina contribuíram para consolidar ainda mais a desvalorização do trabalho manual e também perpetuar a separação entre teoria e prática, ciência e técnica. Esse movimento tem como uma das principais consequências a promulgação de decretos e estatutos que regulamentam a atuação e o lugar social dos médicos e cirurgiões letrados e dos barbeiros. Na prática, isto é explicitado pelas atribuições que se destinam aos barbeiros de fazerem pequenas cirurgias,

vender ungüentos, fazer sangrias, curar feridas. Foram essas divergências que fizeram com que o humanismo fosse considerado como um obstáculo ao desenvolvimento científico e, também, o responsável pela perpetuação, até os dias de hoje, das separações entre trabalho manual e intelectual, teoria e prática, ciência e técnica. No entanto, a contribuição dos humanistas para o próprio desenvolvimento científico foi de especial relevância em diversas áreas, em especial na Matemática, Física e Biologia. Na Medicina, especialmente, foram os responsáveis, além da tradução e da divulgação dos antigos teóricos da medicina, pela substituição de Galeno por Hipócrates como principal referência da Medicina, representando um impulso para a prática médica científica. As críticas dos escolásticos da época aos humanistas foram provocadas pela referência e devoção aos textos clássicos que estes últimos tinham despertado, tornando-se alvos de hostilidade, por buscar ver o mundo de outra forma (LE GOFF, 1993; HERNÁNDEZ, 1995).

Atualmente, a discussão acerca do humanismo desenvolve-se sob uma perspectiva bastante diferente, relacionada a uma preocupação pedagógica e ao ensejo de formar um homem capacitado para a arte de viver e de pensar (GARCIA-MANZO, 1993).

Hernández (1995) menciona que, no que se refere à atitude médica, importa que a pessoa seja concebida não apenas em termos de suas características biológicas, mas, fundamentalmente, integração destas com peculiaridades psicológicas, espirituais e sociais que configuram o indivíduo.

Entretanto, com Descartes, no Séc. XVII emergiu o pensamento filosófico que pressupunha a separação, no ser humano, da mente e do corpo, com o

conceito do corpo como uma máquina composta por vários aparelhos (respiratório, circulatório, digestivo e excretor, dentre outros, incluindo seus respectivos órgãos), sendo a doença uma entidade nosológica com uma etiologia, patologia, e manifestações clínicas, decorrente de uma alteração estrutural e/ou funcional dos mecanismos biológicos dos respectivos órgãos ou aparelhos. Tal modelo fragmenta o ser humano doente e busca uma disfunção de um aparelho, parte de um todo. Uma metáfora bastante utilizada aproxima a visão do doente à de uma máquina defeituosa, em decorrência da disfunção de uma peça, a ser identificada e reparada. Esta visão reducionista afasta a Medicina do cuidado integral do ser humano como uma pessoa que, para além do seu corpo, tem espírito (psique), e não vive só, mas integrado num grupo social e num meio ecológico (SILVA, 2004).

Assim, Thorwald (1989) relata que a medicina Iluminista divinizou a ciência, buscando reduzir todos os processos intelectuais e morais a preciosos princípios newtonianos de matéria, movimento, espaço, tempo e força. Homens talentosos descobriram dados básicos em Química e Física, que indiretamente beneficiaram o progresso da Medicina. Este ideário contribuiu para a tendência à especialização, nas diversas áreas do conhecimento, que dominou principalmente o século XX.

O mesmo autor refere que o século XIX produziu mudanças mais radicais na estrutura da sociedade humana do que os mil anos anteriores. O mais revolucionário pensador do século foi Charles Robert Darwin, cuja teoria da origem das espécies, dividiu o mundo vitoriano, desencadeando décadas de debates entre cientistas e entre os naturalistas e o clero. O legado mais

interessante do século XIX foi o trabalho do francês Marie-François Xavier Bichat (1771-1802). Ele desenvolveu a idéia de que o corpo vivo não era apenas uma associação de órgãos que podiam ser estudados em separado, mas uma intrincada rede de “membranas” ou tecidos. Para ele o tecido era uma unidade fisiológica e morfológica da criatura viva, independentemente do órgão do qual era derivado. A ambição de Bichat, frustrada por sua morte prematura, era transformar a Medicina em uma ciência exata, baseada na Anatomia e na Patologia. A teoria microbial da doença, uma das maiores contribuições do século à Medicina, veio de um cientista que não era médico, chamado Louis Pasteur (1822-1895). Em seu precário laboratório mal iluminado, Pasteur fez sua histórica contribuição à Imunologia, com vacinas de vírus contra a cólera nas galinhas, o carbúnculo nos porcos e a raiva. Ele observou os efeitos do *Penicillium glaucum* em fermentos e demonstrou que as bactérias podiam ser usadas umas contra as outras. Robert Koch (1845-1910) descobre o bacilo da tuberculose e relata que a peste bubônica é quase sempre transmitida pela pulga do rato. Junto com estas, diversas outras conquistas da ciência foram integradas aos recursos diagnósticos e terapêuticos da medicina.

Assim, a medicina passou a depender em grande parte das ciências básicas. O laboratório assumiu papel dominante nos problemas relativos à doença e à morte.

O desenvolvimento das análises laboratoriais e de outros métodos clínicos incrementaram consideravelmente a formulação dos diagnósticos, assim como o aparecimento de medicamentos como a penicilina começou a

propiciar aos médicos uma eficácia na cura e um domínio sobre as doenças sem precedentes na história (GALLIAN, 2001).

Tal realidade mudou a imagem do médico, de um homem com saberes mágicos e poderes miraculosos, para um profissional de caráter filosófico que valorizava principalmente as conclusões baseadas em fatos. A corrente que conduziu a Medicina aos caminhos do diagnóstico clínico-laboratorial e à especialização despontou no fim do século XIX e dominou o século XX.

Voltando-se para os processos de formação profissional, Muller (1983) afirma que o significativo desenvolvimento científico da medicina e a crescente incorporação à profissão de recursos tecnológicos expressivos impulsionaram a educação médica para a Biologia Humana e para as Ciências Físicas e diminuíram, consideravelmente, o espaço para o estudo dos conteúdos humanísticos. Esta trajetória é, sem dúvida, um dos fatores responsáveis pela formação da imagem pública do médico como um profissional distante do seu paciente ou da comunidade onde atua e próximo, até o limite de dependência, de equipamentos, que passaram a ser indispensáveis ao seu exercício profissional.

A insatisfação da sociedade com a medicina cresceu, a despeito do progresso real alcançado. Muitos pacientes temem a técnica médica e sentem-se com um profundo senso de alienação de seus médicos. Muitos pacientes tendem a ver os médicos mais como técnicos do que como cuidadores. Por outro lado, o médico sente-se cada vez mais premido pela necessidade de atender a vários pacientes em pouco tempo, pela “propaganda” da tecnologia que, se usada adequadamente, tem grande valor, e tem-se distanciado cada

vez mais dos princípios básicos do “ser médico”, que é o de bem atender e cuidar de seu paciente (BOULOS, 1994).

Lown (1997), em acordo com tais idéias, afirma que vivemos numa época na qual a tecnologia supera o diálogo e em um mundo no qual ter é mais do que ser. As clínicas e hospitais preocupam-se muito com a arquitetura moderna, bonita e ostensiva, como se isso fosse a garantia de boa medicina ou bom atendimento. Será que é isso que o paciente quer e de que precisa? Ou será que profissionais bem formados, atenciosos e disponíveis facilitariam uma maior de percepção de qualidade?

O mesmo autor aponta como verdadeira "sabedoria médica" a capacidade de compreender um problema clínico não em um órgão, mas em um ser humano integral. Persegue-se a idéia de que todo mal que aflige o paciente pode ser identificado pela tecnologia e pelo conhecimento científico. Avançamos de maneira extraordinária no conhecimento das doenças, mas esquecemos do ser humano enfermo e, equivocadamente, passamos a tratar doenças de pessoas e não de pessoas que circunstancialmente estão doentes. Os jovens estudantes são educados a operar equipamentos e proceder a leituras de incontáveis informações biológicas, mas nem sempre são estimulados a reconhecer o doente como um ser humano complexo, singular e integral.

Este passeio pela História torna-se relevante para uma compreensão mais ampla da visão da formação humanística do estudante de Medicina em nossos dias, e será retomado posteriormente.

2. HUMANISMO, HUMANIDADES e HUMANIZAÇÃO

Vocês ficarão felizes em saber que o treinamento [médico] refere-se a apenas três aspectos – ciência, arte e o conhecimento do homem – os três com igual importância entre si".

(OSLER, 1917 *apud* SILVERMAN, 2008)

A concepção de "humanismo" surge no Renascimento, em paralelo com o nascimento da ciência moderna, retomando a noção da dignidade humana e valorizando a realização do potencial natural do ser humano como meta intelectual. (KOYRÉ, 1991).

Delumeau (1984) afirma que a Renascença se caracteriza, dentre outros aspectos, pela tentativa de vivenciar este conceito. Nesse período houve uma "virada antropológica". Deus cedeu lugar ao homem, deixando de ser o centro das atenções; o "homem virtuoso" passou a ocupar o trono da história. "O homem pelo homem para o homem"; este é, de certa forma, o lema implícito do Humanismo Renascentista. Este "antropocentrismo refletido" retrata-se no homem renascentista, profundamente otimista no que se refere à sua capacidade; Julga-se em plenas condições de planejar o seu próprio futuro, busca sua existência individual, e aproximar-se da perfeição. Tudo está em suas mãos, nada lhe escapa. O homem é o tema e senhor da história. Já não

espera tanto favores divinos; antes, pelo contrário, emprega seu talento pessoal para conseguir realizar os seus desejos. Já não é mero espectador passivo do universo, mas seu agente, lutando para modificá-lo, melhorá-lo e recriá-lo.

O mesmo autor considera o humanismo renascentista como eminentemente ativista. Este otimismo não era gratuito, mas vinha acompanhado pela nova forma de ler, entender e criticar a literatura e a arte antigas. As línguas da Europa tornam-se, aos poucos, o grande veículo de comunicação das idéias. A imprensa floresce. A navegação conhece seu sucesso através das descobertas de novos continentes. Copérnico (1473-1543) e Galileu Galilei (1564-1642) revolucionam a astronomia com uma nova compreensão do sistema solar. Enfim, tais realizações e descobertas apontaram claramente para a capacidade do homem em avançar continuamente, sendo o centro de todas as coisas.

Uma leitura mais cuidadosa do humanismo faz emergir o conceito de que o homem é a "medida das coisas", para propor uma perspectiva pragmática na apreciação do conhecimento, que estaria subordinado em definitivo à natureza humana e às suas necessidades fundamentais (SCHILLER, 1917 *apud* LALANDE, 1988).

O Humanismo pode ser entendido como uma *"filosofia que enfatize o bem-estar e a dignidade humana, e que seja otimista quanto aos poderes do entendimento humano per se"* (BLACKBURN, 1997, p.187).

Ser humanista é, portanto, acreditar no ser humano, colocá-lo no centro do universo, confiar na sua capacidade de progredir e construir um mundo

melhor através da sabedoria originada da filosofia, da ciência ou de qualquer outra forma de conhecimento (MOLINA e DIAS, 2003).

Entre os profissionais de saúde é cada vez mais freqüente o uso de termos como: "*humanização*", "*práticas humanizadas*", "*cuidado humanizado*". Para Ferreira (1986), "*humano*" é "*relativo ao homem: natureza humana: gênero humano, bondoso, humanitário*" (p.908). O mesmo autor associa também ao termo expressões tais como "*benevolência, clemência, compaixão*" (p.908). O conceito de "*humanidade*" leva-nos, desta forma, à noção de solidariedade estendida a todas as pessoas, freqüentemente sintetizada na palavra "*humanitário*".

Uma visão etimológica do termo latino remete a Abbagnano (2003), que define "humanitas" como:

> *"(...) a substância ou essência do homem (...) aquilo em virtude do que o homem é homem; e em homem é homem não porque tem os princípios individuais, mas porque tem os princípios essenciais da espécie (...) a disposição à compreensão dos outros ou à simpatia para com eles."* (p.518)

Para melhor elucidar o significado de "*humanização*" inclui-se, a seguir, uma breve discussão quanto aos termos: "*humano*" e "*humanizar*".

Para Betts (2004), o *humano* é o efeito da combinação de três elementos: a materialidade do corpo, a imagem do corpo e a palavra que se inscreve no corpo. Em sua opinião, o que diferencia o ser humano da natureza e dos animais, é que seu corpo biológico é desenvolvido desde o início numa

rede de imagens e palavras, apresentadas primeiro pela mãe, depois pelos demais familiares e em seguida pela sociedade. É justamente este movimento de imagens e linguagem que irá moldar o desenvolvimento do corpo biológico, transformando o ser em um ser humano, com um estilo próprio de viver.

Betts acrescenta que o fato de sermos dotados de uma linguagem torna possível para nós a construção de redes de significados, que acabamos compartilhando com os nossos semelhantes, em uma maior ou menor medida, levando à construção de uma identidade cultural. Em função da combinação dinâmica desses três elementos,

> "(...) *somos capazes de transformar imagens em obras de arte, palavras em poesia e literatura e sons em fala e música, ignorância em saber e ciência, somos capazes de produzir cultura e a partir dela, intervir e modificar a natureza, transformando doença em saúde."* (p.2*)*

Se o humano está envolvido com essa rede de significados e linguagem, como entender o que é humanizar? Uma visão bastante interessante, inserida no ideário do O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), apresentada por Betts é que *"(...) humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética",* respeitando os valores, os saberes, a história, as crenças de outros seres humanos.

A história da humanização é objeto de uma extensa revisão de Baremblitt (2001). O autor afirma que suas raízes estabeleceram-se no Império Romano, passando pelo judaísmo do Oriente Médio e posteriormente pelo cristianismo

primitivo. Os conceitos de virtudes humanas pautavam-se na imagem e semelhança com a divindade, e tiveram grande influência na cultura ocidental.

O mesmo autor discute que:

> *"Na civilização contemporânea, as condições objetivas e subjetivas para obter um alto grau de humanidade para todos os membros da espécie humana estão já dadas pelo alto grau de potência produtiva. Para essas orientações, humanizar consiste simplesmente em canalizar tais capacidades no sentido de estender e distribuir, integral e igualitariamente à humanidade uma série de benefícios e resultados considerados propriedades sine qua non da condição humana".* (p. 21)

Waldow (1998) destaca a importância de conciliar e harmonizar as diversas funções de profissionais da saúde, quando afirma que:

> *"O cuidado humanístico não é rejeição aos aspectos técnicos, tampouco aos aspectos científicos. O que se pretende, ao revelar o cuidado, é enfatizar a característica do processo interativo e de fruição de energia criativa, emocional e intuitiva, que compõe o lado artístico além do aspecto moral."* (p.62)

A possibilidade comunicacional passa a constituir a referência conceitual mais importante, ou seja, *"sem comunicação não há humanização."* (BETTS, 2004).

É pela mediação da palavra trocada com o outro que podemos tornar inteligíveis nossos pensamentos, anseios, temores e sofrimentos. Nossos

sentimentos e sensibilidades só tomam forma e expressão de vida quando nos relacionamos com o outro. Enfim, as coisas do mundo se tornam humanas quando as discutimos com nossos semelhantes (BRASIL, 2000).

Cabe ainda ressaltar que, para Silva (2002), a comunicação não verbal também tem grande importância como expressão do humano e de sua busca por ser compreendido.

Durante boa parte da história da medicina, o saber humanístico se constituiu em fonte quase exclusiva do saber médico, realidade que só começa a mudar a partir do século XIX, com o desenvolvimento das ciências biológicas, em confluência com a física, a química e a matemática, que determinaram uma reorganização do saber médico, afastando-se das *fontes das humanidades* (GALLIAN, 2001).

Nos últimos anos, vem se desenvolvendo uma grande área de reflexão e pensamento denominada "humanidades médicas". Desta forma, as novas matrizes curriculares teriam que incorporar elementos das ciências humanas (filosofia, psicologia, antropologia, literatura) aos cursos de graduação e especialização. Essa incorporação permitiria ampliar a sensibilidade e a compreensão do paciente (DESLANDES, 2007).

Gregório Marañón foi um dos primeiros e poucos “modernos” a ressistematizar o saber médico através da reincorporação das humanidades, sem deixar de considerar e valorizar as conquistas das outras ciências (ENTRALGO, 1965).

A inserção das Humanidades em currículos de profissionais de saúde vai ao encontro da necessidade de humanizar o produto final desses currículos (TAPAJÓS, 2002).

As humanidades médicas permitem desenvolver uma nova compreensão da vivência e do sofrimento da pessoa, incorporando a realidade social e a experiência individual à interface entre médico e paciente. Trata-se de uma concepção integrada que pretende melhorar as capacidades de comunicação dos médicos e aprofundar a narrativa sobre enfermidade, procurando novas formas de promoção do bem-estar do paciente (MORE, 1976).

As artes, as humanidades – a literatura, a filosofia, a história – são como "janelas" ou antes "bisturis" que possibilitam adentrar no íntimo da alma humana, no âmago da vida pessoal, individual, que é o principal para o saber médico, não se esquecendo do amor pelo humano, que é a base da vocação médica (MARAÑÓN, 1976).

Tais aspectos serão aprofundados posteriormente neste texto, no que se refere ao desenvolvimento de competências para uma prática médica humanizada, a partir das políticas atuais de práticas e formação em saúde.

3. POLÍTICAS DE SAÚDE

"... a formação para o cuidado humanizado perpassa um conjunto de políticas institucionais e governamentais, no sentido do desenvolvimento individual do profissional e da sociedade como um todo. Entretanto a inserção curricular da formação humanística é peculiarmente complexa se considerarmos que a humanização, mais do que um conjunto de conhecimentos e habilidades, constitui uma postura a ser construída ao longo de todo um processo de desenvolvimento profissional, voltado para o respeito à identidade e alteridade do paciente".

(MAIA, 2005)

Muito se tem discutido a respeito da humanização no atendimento hospitalar devido, principalmente, à vulnerabilidade do paciente e ao confronto entre tecnologia e humanização. No entanto, os estudos têm dado menos ênfase à relevância dessa temática nos contextos da atenção básica, onde o sujeito não é, muitas vezes, um corpo adoecido, mas um ser humano que busca um atendimento humanizado e também de boa qualidade técnica.

O estudo da temática humanização do atendimento em saúde é de grande relevância, uma vez que a prática de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a eqüidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário (CASATE, 2005).

O processo de humanização da saúde tem suas origens nos movimentos de reformas sanitárias, nas Conferências de Saúde e nos grupos militantes voltados às ações visando ao desenvolvimento de uma consciência cidadã e cujas atuações se tornaram, a partir da década de 1980, gradativamente influentes, estruturadas e articuladas. Na realidade, a reordenação do conceito de saúde, fundamental no movimento de reforma sanitária, incorpora, entre seus determinantes, as condições de vida e desloca a assistência médico-hospitalar no sentido da comunidade, como diretriz da atenção à saúde (QUEIRÓZ, 1992).

Estes movimentos resultaram na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Constituição de 1988, que assume a saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado no sentido de prover e garantir a saúde, por meio de políticas econômicas e sociais e consolida o ideário da Reforma Sanitária, com bases na universalidade, integralidade e eqüidade no acesso aos cuidados à saúde (CECÍLIO, 2001).

Os desdobramentos desse processo inauguraram o reordenamento teórico, paradigmático e operacional da Saúde, que a levou a ser compreendida no âmbito da Segurança Social. Nesse contexto, a idéia de humanização passou a ser entendida como *"a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de Saúde"*. A integralidade, numa acepção mais ampla e livre, implica mais do que uma lógica definidora do objeto saúde, entendido como entidade bio-psicosocial, além de uma compreensão do próprio processo de produção de saúde e de seus sujeitos. O próprio Ministério da Saúde enfatiza essa concepção integral das instâncias presente na política de

humanização, quando salienta que parte importante do encaminhamento do processo de humanização apóia-se *"no estilo de gestão e na estrutura de poder das instituições de saúde"*, uma vez que estilo e estrutura *"determinam e condicionam posturas e comportamentos relativos aos vínculos profissionais de saúde e usuário, bem como entre os profissionais de saúde entre si"* (BRASIL, 2004).

Um outro aspecto que merece destaque refere-se ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado em 1999 pela Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, com os objetivos de: melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar; recuperar a imagem dos hospitais junto à comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um conceito de atenção à saúde baseado na valorização da vida humana e da cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização beneficiando tanto os usuários como os profissionais de saúde; estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos; desenvolver um conjunto de indicadores/ parâmetros de resultados e sistemas de incentivo ao tratamento humanizado. O objetivo central, portanto, era o de promover uma mudança de cultura no atendimento na área hospitalar (BRASIL, 2001).

Em 2003, o Ministério da Saúde definiu sete áreas prioritárias de atuação, sendo uma delas a Humanização do Sistema Único de Saúde. Desde então, o Programa de Humanização passa a ser subordinado à Secretaria Executiva do Ministério, sendo transformado em Política Nacional de Humanização (PNH). A proposta inicial foi ampliada e seu foco deixou de ser o

sistema hospitalar, estendendo-se a todo o sistema de saúde. Um dos princípios norteadores da PNH é a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão. Assim, são valorizados os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: os usuários, os trabalhadores e os gestores. A PNH pressupõe, para sua implementação, vários eixos de ação: o das instituições, o da gestão do trabalho, o do financiamento, o da atenção, o da educação permanente, o da informação/comunicação e, finalmente, o da gestão da própria PNH, isto é, o acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização (BRASIL, 2003).

Uma das diretrizes gerais para a implementação da PNH é o incentivo às práticas promocionais da saúde. Percebe-se, então, a estreita relação entre a humanização em saúde e a promoção da saúde. A promoção da saúde, enquanto estratégia da saúde pública, surgiu como uma reação à medicalização da saúde na sociedade, em geral, e no interior do próprio sistema de saúde. Vai-se delineando um novo paradigma para o entendimento do processo saúde-doença que privilegia a idéia de que esse processo é resultado de uma produção social. Assim, a saúde de cada indivíduo, dos vários grupos sociais e de cada comunidade depende das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas e sociais implementadas, dos modelos de atenção à saúde, das intervenções sobre o meio ambiente e de vários outros fatores (MENDES, 1999).

Avançando na construção deste Referencial Teórico, cumpre enfocar o Programa de Saúde da Família (PSF), criado no país na década de 1990,

inspirado em experiências advindas de outros países como Cuba, Inglaterra, Canadá, onde a Saúde Pública alcançou níveis interessantes de qualidade. No Brasil, o PSF adquiriu características próprias à nossa realidade, existindo em praticamente todo país. Foi instituído oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1994, sendo que em dezembro de 1998 estava implantado em 24 estados, em 1.219 municípios e possuindo 3.119 equipes (BRASIL, 2000).

O PSF, como estratégia técnico-política do Ministério da Saúde para a implementação do SUS, fundamenta-se nos princípios de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Constitui-se em uma estratégia para reorganizar a atenção primária, implementando uma mudança no enfoque da assistência ao processo saúde-doença, priorizando as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto dos adultos quanto das crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Abandona o pólo tradicional de oferta de serviços de saúde voltados para a doença para investir em ações que atuam nas interseções entre a saúde e as condições de vida dos sujeitos (ARAÚJO, 1999).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), no PSF as ações são estruturadas no trabalho em equipe e buscam humanizar as práticas de saúde, com o objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. O processo de trabalho das equipes se estrutura a partir do conceito de delimitação do território, mapeamento das áreas e microáreas (a primeira entendida como um conjunto de microáreas contíguas sob a responsabilidade de uma equipe, onde residem em torno de 2.500 a 4.500 pessoas) e a segunda representa a área de atuação

de um agente comunitário de saúde, onde moram cerca de 400 a 750 pessoas, cadastramento familiar e utilização do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). As principais responsabilidades atualizadas, de acordo com a NOAS/2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde), constituem: saúde da criança; saúde da mulher; controle de hipertensão; controle de diabetes melittus; controle de tuberculose; eliminação da hanseníase; ações de saúde bucal. Somam-se a isso visitas domiciliárias, reuniões entre os profissionais e a comunidade, atividades educativas com grupos definidos, ações administrativas de supervisão e educação continuada. Seguindo essas diretrizes, uma equipe de saúde da família deve ser composta minimamente de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro ou seis agentes comunitários de saúde. A incorporação de outras categorias profissionais dependerá dos municípios. Cada equipe deve ser responsável pela cobertura de 600 a 1.000 famílias. As atividades da equipe seriam: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o planejamento e programação local com a participação comunitária; estabelecer vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contra-referência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações intersetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais;

incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde (BRASIL, 2001).

A expansão do PSF resultou em sua transformação, a partir de 26 de março de 2006, na Estratégia Saúde da Família, de acordo com a Portaria 648 de 26 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica. Não se trata da simples modificação de uma sigla, mas de uma mudança muito mais ampla e permanente, de um Programa a uma Política de Saúde (BRASIL, 2006b).

Contudo, promover saúde e humanizar a atenção à saúde são trabalhos processuais de longo prazo, dinâmicos e intimamente relacionadas com o contexto em que se desenvolvem. São processos amplos, demorados e complexos, ao qual se oferecem resistências, pois envolvem, entre outras coisas, mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança, ao passo que os padrões culturais, institucionais e comportamentais já conhecidos parecem mais seguros (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

É neste cenário complexo, amplo – e por vezes contraditório – que ocorreram as experiências que originaram as reflexões e os conceitos que o presente trabalho buscou captar e analisar.

4. FORMAÇÃO HUMANÍSTICA DO MÉDICO: DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

"... "O humanismo requer tratar o paciente de uma forma conectada, relacional, como qualquer ser humano desejaria ser tratado – com consideração, gentileza e respeito. Este paradigma insiste na profunda humanidade dos indivíduos envolvidos e reforça a importância da relação paciente-profissional no processo de cura."

(DAVIS e FLOYD, 2001)

A. A Reformulação do Modelo de Assistência à Saúde no Brasil e as Mudanças no Ensino Médico

No Brasil da metade do século passado, a assistência à saúde observamos, a partir da unificação dos Institutos de Assistência e Aposentadoria no INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), uma expressiva expansão da rede hospitalar, com incorporação de alta tecnologia, gerando uma atividade lucrativa para a iniciativa privada. Para realizar tais atividades era necessário um corpo de médicos especialistas. A especialização passava a ser uma necessidade para a inserção do médico nesse "modo de produção de saúde". O processo de especialização teve forte impacto sobre a organização do exercício profissional médico. Aos poucos, o espaço para a prática de generalista foi reduzido e os hospitais ou centros de especialidades passaram a dominar o espaço de atuação médica, e proliferaram-se desorganizadamente, sem definição do papel de cada setor no sistema de saúde. Multiplicaram-se as consultas, divididas

entre as especialidades responsáveis pelo cuidado de um ou outro aparelho, e diminuiu a resolubilidade em relação aos problemas de cada pessoa (FEUERWERKER, 2002). Perdeu-se a totalidade individual como objeto da preocupação médica, ao mesmo tempo em que a consulta foi desmembrada em uma série de atos parciais, diagnósticos e terapêuticos, realizados por diferentes especialistas (MENDES, 1999).

Esse modelo de atenção à saúde teve reflexos na educação médica, principalmente a partir da década de 50, quando houve uma acelerada expansão das escolas médicas. Os currículos adotados basearam-se na fragmentação das diversas áreas do ensino de graduação, divisão entre ciclo básico e prático e uma aprendizagem transmissiva, com ênfase no ensino das especialidades médicas, principalmente no ambiente hospitalar. O modelo assistencial era predominantemente curativo e priorizava o aspecto biológico do processo saúde-doença (CRUZ, 2004).

O mesmo autor diz que, nos Estados Unidos, esse modelo começou a entrar em crise na década de 40 e 50. De um lado, o Estado, que, preocupado com os altos custos da assistência médica, propunha como solução a ampliação dos serviços de saúde pública, e do outro lado, os grupos médicos liberais, argumentando a favor da não interferência do governo na assistência à saúde. Como estratégia de conciliação, previa-se um projeto de implantação de estratégias voltadas para o ensino médico, com o objetivo de incorporar novos conceitos e atitudes na atuação do profissional médico: uma visão integral, preventiva e social, como tratamento do paciente e da família. A partir da década de 70 observou-se o embrião de um movimento de aproximação entre as instituições de ensino e serviços de saúde, incluindo a inserção do futuro

médico em alguns cenários extrahospitalares, para que os estudantes tivessem contato próprio com o meio em que vive o paciente.

No Brasil, com a implantação progressiva do SUS, a partir da Constituição de 1988 e a criação de Leis Orgânicas de Saúde em 1990, o sistema de saúde incorporou os princípios da universalidade, equidade, descentralização, integralidade, hierarquização, regionalização e resolutividade. A atenção à saúde anteriormente focada no setor terciário, deslocou-se para a atenção primária (SILVA, 2002).

Ficou claro que o modelo de ensino médico também precisava ser reformulado. Os debates e críticas ao modelo anterior vigente e a necessidade de se avaliar o ensino médico no Brasil levaram, no início da década de 90 a criação de uma comissão com o objetivo de organizar e realizar essa avaliação e propor medidas para corrigir as deficiências encontradas (MIRANDA, 2003).

Simultaneamente, a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996) resultou na extinção dos "currículos mínimos" e na proposição de Diretrizes Curriculares, a serem regulamentadas em legislação complementar e elaboradas por comissões, com a participação das diversas Instituições de Ensino Superior do país.

No ano de 2001 foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina, cujo texto parte do perfil do médico que o país deseja e precisa formar:

> *"O curso de graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar,*

pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva de integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano." (BRASIL, 2001 – grifo nosso)

Outro ponto essencial é o que direciona que sejam contemplados determinantes do processo saúde-doença (desde o levantamento das doenças mais prevalentes até aspectos sociais, culturais, comportamentais e psicológicos, dentre outros), nos níveis tanto individual como coletivo. As diretrizes também recomendam a inserção "precoce"[1] em atividades práticas relevantes para sua vida profissional e a utilização de diferentes cenários de ensino (BRASIL, 2001).

Nos currículos mais antigos, a visão hospitalocêntrica limita o aluno a acompanhar, na maioria das vezes, pacientes com doenças já instaladas, de maior gravidade ou já apresentando seqüelas. Os contatos com o paciente, e, eventualmente, as intervenções, são realizados de forma pontual e o doente, posteriormente, será acompanhado por outros médicos e alunos. Neste modelo de formação, o ser humano doente é visto como um conjunto de órgãos e sistemas anatômica ou fisiologicamente anômalos, do que resulta uma visão fragmentada do doente (GROSSEMAN e PATRICIO, 2004).

A atenção primária volta-se para os problemas de saúde de menor complexidade, porém de maior abrangência, da comunidade, oferecendo

[1] O termo "precoce" consta entre aspas neste texto, uma vez que acreditamos que a inserção do estudante de medicina nos cenários da prática é válida desde o início do curso, não havendo, portanto, "precocidade" nestas atividades.

serviços de prevenção, cura e reabilitação da saúde e a melhoria da qualidade de vida dos habitantes de uma determinada área de abrangência. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual o doente habita. É o nível de atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados (STARFIELD, 2002).

A consideração da atenção primária como nível adequado de formação profissional para os alunos de medicina é determinada pelo fato de que, na comunidade, o aluno está em posição privilegiada para aprender as atividades preventivas, compreender a realidade do processo saúde-doença, em toda a sua complexidade, focando o cuidado das doenças mais prevalentes na população, tanto agudas como crônicas, bem como a importância da relação médico-paciente e da longitudinalidade da atenção (PITZ e VICENTE, 2004).

Esse tipo de atenção requer um novo tipo de médico, com competências definidas para atuar na atenção primária, aliando conhecimentos clínicos com a epidemiologia, a ética e as ciências do comportamento (MCWHINNEY, 1998). Aqui, a formação humanística se delineia como um dos pilares da Educação Médica, sobretudo na graduação, que é o contexto deste trabalho.

B. A Formação Humanística do Estudante de Medicina

Moretto (1998) e Saeki (1999) afirmam que a humanização do processo ensino-aprendizagem deve ser vista como um fator importante do nosso tempo, pois o que se observa é a ênfase na dimensão intelectual e cognitiva, em detrimento quase que total das dimensões emocionais e sociais que integram a pessoa humana. O objetivo último desse processo educacional é o desenvolvimento global e harmônico da pessoa como unidade cognitiva e emocional, respeitando sua complexidade e alteridade.

Leoni (1996) comenta que, ao valorizar a humanização das relações interpessoais, estamos facilitando o crescimento intelectual e emocional do ser humano, pois, para isso, é necessário estabelecer relações construtivas e menos assimétricas, no sentido de obter a compreensão e a aquiescência de quem precisa de ajuda. Portanto, falar em formação humanística é falar da valorização humana, é, sobretudo, ter a capacidade de enxergar e de entender o paciente-homem.

Persistem como extremamente atuais as sábias palavras do médico e humanista Peabody, que, em 1927, afirmava que:

> *"O que se chama de 'quadro cuidado' não é apenas a fotografia de um homem doente no leito; é uma pintura impressionista do paciente cercado por sua casa, seu trabalho, suas relações, seus amigos, suas alegrias, tristezas, esperanças e medos." (p.878)*

A Educação Médica passa, então, a ter de se preocupar em formar tanto médicos preparados nos aspectos técnicos da doença, como também cuidadores humanizados, sensíveis para lidar consigo e com seus pacientes, tarefa que exige trabalhar com os mais diversos valores inseridos em complexos contextos históricos, culturais e sociais. No entanto, durante a formação, os alunos aprendem que os sentimentos são algo de que se devem afastar. É preciso modificar essa imagem de "médico ideal", segundo a qual as emoções estão excluídas, para facilitar aos futuros profissionais o exercício à fala e à escuta e, assim, construir atitudes adequadas para lidar com as problemáticas mais difíceis do ser humano (LEITE, 2007).

Entretanto, a formação para uma prática humanizada não deve ser restrita à inserção pontual de disciplinas relacionadas às humanidades. Considerando o que tem sido acumulado de teorizações e avaliações de experiências a respeito do processo da humanização do exercício médico, é fundamental a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que possibilitam a construção dos conhecimentos a partir dos problemas da realidade. É também indispensável a diversificação dos cenários de prática, que deve estar presente ao longo de toda a formação, de modo que os estudantes tenham a oportunidade de aprender e trabalhar em todos os espaços em que se dá a atenção à saúde (FEUERWERKER, 2003).

C. Novas Propostas de Formação Médica: problematizando e refletindo sobre o cotidiano

O modelo de ensino médico que se convencionou chamar de “tradicional” foi estruturado no início do séc. XX a partir de um estudo avaliativo de escolas americanas e canadenses realizado por Abraham Flexner, e que resultou no fechamento de várias instituições. O autor propôs a aplicação de regras cartesianas como norteadoras da formação médica. Privilegia-se o conhecimento fragmentado de acordo com percepções específicas de diferentes áreas do saber médico, desconsiderando a inseparabilidade entre as partes e a totalidade do ser humano. Divide-se a unidade complexa da pessoa em partes cada vez menores do domínio científico. Assim nasceram as disciplinas do curso de medicina que passaram a gozar de total autonomia para construir suas árvores temáticas. Dividiu-se o território representado pelo corpo humano em inúmeros pequenos lotes de conhecimentos e seus donos, no dizer de Morin (2001), passaram a ser com os lobos que urinam para marcar seu território e mordem os que nele penetram.

Quaisquer pequenas propostas de mudanças na grade curricular encontram enormes resistências por parte dos donos dos lotes, professores de especialidades que transformaram a educação médica numa complexa empresa de difícil administração que, na atualidade, não atende satisfatoriamente às questões impostas pela acelerada acumulação de conhecimentos científicos.

Em conseqüência desse modelo pedagógico impõem-se aos estudantes cada vez mais conhecimentos técnicos oriundos das disciplinas acadêmicas, onde as informações são expostas sem qualquer preocupação de oferecer-lhes a necessária síntese que lhes permita melhor compreender o ser humano na sua complexidade.

A concepção desse modelo acadêmico volta-se mais para o objeto e não para o sujeito, para o corpo e não o espírito, para a quantidade e não a qualidade, para a causalidade e não a finalidade, para a razão e não o sentimento, para o determinismo e não a liberdade, a para a essência e não a existência. O predomínio do conhecimento fragmentado gerado pelo clássico modelo das disciplinas dificulta a percepção da integralidade do ser humano. Dividimos o indivisível. Como apreender o global, o multidimensional, o complexo e organizar o conhecimento para melhor cuidar do ser humano, protagonista central de qualquer iniciativa da ciência? É a indagação apresentada por Morin (2001), no que ele denomina de "princípios do conhecimento pertinente".

A comunidade acadêmica da atualidade é formada por um conjunto de especialistas. As linguagens dos diferentes núcleos de saber muitas vezes são tão herméticas que sequer o exercício interdisciplinar é factível, pois perderam-se os elementos essenciais para o diálogo. A universidade, que pretendia a universalidade, transformou-se em um campo cultivado por incontáveis sementes de pequenos saberes que geram árvores cujas raízes jamais se entrelaçam, uma enorme Torre de Babel flutuante sobre o tumultuado oceano de sofrimentos da humanidade (SIQUEIRA, 2001).

As escolas médicas estão submergindo os estudantes em pormenores de conhecimentos especializados e na aplicação de tecnologia sofisticada, restringindo a aprendizagem de muitas habilidades médicas fundamentais (TRONCON, 1998).

A construção de um novo modelo pedagógico deve ter como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, como princípios que norteiem o movimento de mudança, sustentado na integração curricular, em práticas mais interativas, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da sua própria aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Desta forma, inúmeros estudos vêm propondo a adoção de metodologias ativas por parte das escolas médicas, como um avanço na transformação curricular no sentido de um modelo de formação mais condizente com o paradigma da integralidade. O avanço nos últimos dez anos de evoluções curriculares diz respeito às parcerias entre a academia, os serviços e a comunidade. Os alunos participam destes três cenários desde o primeiro período do curso, rompendo assim com a dicotomia entre “ciclo básico” e “profissional” e permitindo o contato com pessoas em seu contexto familiar e comunitário (também pressupostos de Flexner: os ciclos e o hospitalocentrismo). Esse aspecto facilita a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem com a apropriação da realidade de vida e das necessidades em saúde. As experiências têm evoluído de um modelo observacional, onde o aluno apenas contempla as ações desenvolvidas pelas

equipes de saúde, para um modelo mais participativo, que estimula o estudante a exercer ativamente intervenções, em um crescente de complexidade e responsabilidade, sendo considerado efetivamente ativo no conjunto das equipes (SILVEIRA, 2006).

Se hoje se fala em educar as pessoas como o mundo precisa, é importante que se compreenda que esse processo, necessariamente, não será uma educação para o conformismo, mas voltada à liberdade e à autonomia. Surge, pois, no cenário educacional, uma nova cultura, denominada "cultura reflexiva", que representa a criação de uma nova postura em face às situações educativas, quando as práticas tradicionais dos professores apresentam-se como não respondentes aos problemas presentes. A origem da "cultura reflexiva" no ensino tem como marco, a Teoria da Indagação, de John Dewey (1859-1952), que foi um filósofo, psicólogo e educador norte-americano que influenciou, de forma determinante, o pensamento pedagógico contemporâneo. Suas obras foram fundamentais para que o movimento da Escola Nova tomasse impulso e se propagasse por quase todo o mundo, sendo citado, por muitos, como o pai da educação progressista. O enfoque que dava à pedagogia era voltado à experiência prática, sendo, por isso, às vezes, chamada de "fazendo e aprendendo" (PEREIRA, 1998).

No contexto da Educação Médica, dada a consolidação ao longo dos séculos, tais processos de mudanças são particularmente difíceis. Contudo, educadores contemporâneos afirmam que:

"Diante do equilíbrio dinâmico das áreas do conhecimento que formam a ciência médica, é evidente que o ensino deverá ser

dinâmico sofrendo reajustes e reformulações. As mudanças são parte inerente do processo educacional verdadeiro, a estagnação é antipedagógica e anticultural" (HOSSNE, 1993, p.40).

Assim, um dos rumos da educação em geral – e da formação de médicos, em particular – adota os referenciais da metodologia da problematização, que é, também, uma das manifestações do construtivismo na educação, comprometida com uma visão crítica da relação educação e sociedade. Volta-se à transformação social, à conscientização de direitos e deveres do cidadão, mediante uma educação libertadora, emancipatória. Na problematização, a relação ação-reflexão-ação transformadora, sempre partindo do olhar crítico para o mundo e para as práticas profissionais, é o eixo básico de orientação do processo. Apoiada nos fundamentos da pedagogia crítica, a problematização tem por meta *"o desenvolvimento da consciência crítica (...), e responde à essência de ser da consciência, que é a sua intencionalidade"* (FREIRE, 1996).

A educação problematizadora, onde o conhecimento é construído processualmente, parece mais promissora do que os métodos tradicionais de educação médica, pois possibilita a compreensão integrada do processo saúde-doença. Assim, idéia de problematizar os conteúdos do curso médico busca superar o conceito educacional tradicional, baseado na recepção, incorporação e reprodução de conhecimentos pelo modelo que possibilita uma tomada de atitude crítica, analítica e reflexiva, frente aos problemas de saúde e suas resoluções (FEPAFEM, 1990).

A educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas. Apoiada nos processos de aprendizagem por descoberta, em oposição aos de recepção (em que os conteúdos são oferecidos ao aluno em sua forma final), os conteúdos de ensino não são oferecidos aos alunos em sua forma acabada, mas na forma de problemas, cujas relações devem ser descobertas e construídas pelo aluno, que precisa reorganizar o material, adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia, para descobrir relações, leis ou conceitos que precisará assimilar (MADRUGA, 1996).

Neste sentido, Delors *et al* (2000), em uma concepção diferenciada de educação, organizam a aprendizagem em torno de quatro pilares fundamentais: "Aprender a conhecer", em que se acompanha as rápidas alterações provocadas pelo progresso científico, construindo-se uma educação permanente ao longo de toda a vida; "Aprender a fazer", a fim de se adquirir, não somente uma qualificação profissional, mas competências que tornem a pessoa apta a enfrentar situações do dia-dia e a trabalhar em equipe; "Aprender a ser", para se desenvolver melhor a personalidade e as capacidades de autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal; "Aprender a viver juntos", em que se desenvolve o conhecimento acerca dos outros. Estes conceitos serão mais aprofundados, quando forem estudadas as competências profissionais.

Com as metodologias centradas no aluno, há um grande estímulo à criatividade e à curiosidade, que são capazes de levar ao desenvolvimento de um método de aprendizagem próprio, capacitando o aluno a aprender

continuamente. Outro aspecto importante é que este tipo de metodologia possibilita a aquisição de conhecimento pautado em vivências reais do cotidiano da vida das pessoas, o que aproxima a formação médica da realidade da população e de suas necessidades em saúde. Possibilita também a percepção da importância de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar visando prática de um cuidado mais integral das pessoas. Dentro desses espaços, são diversas as metodologias ativas utilizadas. As atividades geralmente ocorrem em pequenos grupos com supervisão de docentes. O diagnóstico sócio-ambiental da comunidade, baseado em cadastramento da população, nos moldes do realizado pelas equipes de saúde da família, é experiência que tem sido adotada por algumas escolas mais progressistas, como estratégia para a ampliação da visão dos processos de adoecimento e entendimento da realidade local das comunidades. Uma experiência que proporciona uma postura ativa do aluno é o acompanhamento de determinado número de famílias por duplas ou grupos de alunos em uma comunidade geograficamente definida. Ao longo desse acompanhamento acontece a interação entre estudantes e a comunidade, facilitando o desenvolvimento de uma relação com possibilidade de formação de vínculos, havendo progressivamente a incorporação de conhecimentos inerentes a esse processo e também dos demais eixos do curso, de acordo com os problemas identificados. Na supervisão por parte dos docentes são apontados alguns caminhos para estudo, apresentação e discussão dos problemas vivenciados. Nesse contexto, a visita domiciliária assume importância como atividade de contato com as famílias em seu espaço cotidiano, desenvolvimento de vínculos e apreensão crítica da realidade. Essas vivências contribuem para a

aprendizagem no domínio afetivo, capaz de trabalhar crenças e valores no interior da subjetividade dos estudantes (SILVEIRA, 2006).

No contexto da operacionalização didático-pedagógica das metodologias problematizadoras surge, com destaque, a Aprendizagem Baseada em Problemas, mais conhecida pela sigla em inglês PBL ("Problem Based Learning"), adotada pela Instituição que é objeto deste estudo.

A partir da década de 50, o modelo curricular tradicional flexneriano tornou-se progressivamente menos adequado para a formação médica, frente aos progressos vertiginosos do conhecimento científico e das tendências pedagógicas novas ou revisitadas, tais como as idéias (já mencionadas de John Dewey e seus aprendizes da Case Western Reserve University), que fomentaram o desenvolvimento do PBL, inicialmente no Canadá e na Holanda e atualmente em inúmeras escolas médicas de todo o mundo, inclusive do Brasil (HOSSNE, 1993).

Na perspectiva de Cunha et al. (2001), a inovação pode contribuir para a *"...ruptura com o paradigma dominante, fazendo avançar em diferentes âmbitos, formas alternativas de trabalhos que quebrem com a estrutura tradicional"*. Os autores observam, contudo, que uma inovação não se caracteriza simplesmente pelo uso de novos elementos tecnológicos no ensino, *"a menos que estes representem novas formas de pensar o ensinar e o aprender, numa perspectiva emancipatória"*. (p.92)

Na verdade, esta é a perspectiva de Paulo Freire (1997) retomada nas metodologias problematizadoras de ensino-aprendizagem e incorporadas na teorização do PBL:

> *"Minha segurança não repousa na falsa suposição de que sei tudo, de que sou o "maior". Minha segurança se funda na convicção de que sei algo e de que ignoro algo a que se junta a certeza de que posso saber melhor o que já sei e conhecer e conhecer o que ainda não sei. Minha segurança se alicerça no saber confirmado pela própria experiência de que, se minha inconclusão de que sou consciente, atesta, de um lado, minha ignorância, me abre, de outro, o caminho para conhecer." (p. 153)*

O PBL tem sido considerado uma das mais significativas inovações da educação médica dos últimos anos, surgindo como um movimento de reação aos currículos das escolas médicas tradicionais (NEUFELD & BARREWS, 1974).

O PBL, em essência, promove a integração curricular entre os ciclos básico e clínico e é organizado em módulos de ensino que substituem as tradicionais disciplinas. Está fundamentado em nova filosofia educacional que busca substituir o modelo de transmissão passiva das informações docente-discente calcado na verticalidade e ao mesmo tempo adotando estruturas horizontais ao longo do curso (ALMEIDA, 1999).

Entretanto, se o PBL consiste de uma estratégia de ensino-aprendizagem desenvolvida em espaços específicos e seguindo uma

metodologia própria baseada em problemas relatados que precedem a teorização, a problematização depende do contato do estudante com o paciente, as equipes e a comunidade. Este é o pilar fundamental do PISCO, objeto deste estudo.

D. O Desenvolvimento de Competências Profissionais na Graduação Médica

Muito se tem escrito e discutido a respeito da "competência" e das "competências profissionais". Neste estudo, voltado para a avaliação de uma experiência educacional na formação médica, no que diz respeito à humanização, dois referenciais teóricos serão utilizados, para a posterior análise dos resultados obtidos. Ambos estão situados no contexto maior do currículo, como espaço de desenvolvimento do preparo para o futuro exercício da profissão médica.

O primeiro deles foca Zarifian (2001), que define a competência profissional como:

> *"(...) a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades."* (p.12)

Este conceito apresenta, como a maioria dos outros, a "inteligência prática" como eixo central da competência, valorizando as interações com outros membros da equipe de cuidados à saúde. Sob este aspecto, a "competência profissional" extrapola aspectos individuais do profissional e assume dimensões coletivas da equipe de formação e atuação nos Serviços.

Um segundo referencial, talvez mais analítico e operacional, em termos de planejamento de ações educativas, toma por base uma extensa revisão

bibliográfica, realizada por Epstein e Hundert (2002) e publicado no JAMA (Journal of the American Medical Association), em um artigo científico que tem tido grande repercussão, a respeito da competência profissional na formação médica, conceituada pelos autores como:

> *"... o uso habitual e criterioso de comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática cotidiana, para o benefício do indivíduo e da comunidade atendida."* (p. 226)

Os autores propõem sete dimensões da competência profissional, a seguir sucintamente apresentadas:

- Cognitiva: capacidade de solucionar problemas e identificar lacunas no próprio conhecimento. Trata-se também da autonomia na construção ativa e na utilização do próprio conhecimento.
- Técnica: habilidades profissionais (realização de manobras e procedimentos).
- Integrativa: julgamento científico, clínico e humanístico, inter-relacionando o conhecimento básico ao profissional, bem como a capacidade de lidar com situações de incerteza.
- Contextual: capacidade de atuar em diferentes cenários de trabalho e de administrar o tempo.
- Relacional: trabalho em equipe e habilidade de comunicação interpessoal e em situações de conflito.

- Aspectos afetivos e morais: capacidade cuidadora, tolerância, respeito e responsabilidade individual e social do profissional.
- Hábitos mentais: observação da própria prática (auto-avaliação), atenção sistemática, curiosidade crítica, bem como o desejo de reconhecer e corrigir os próprios erros.

Todas estas competências devem ser contempladas no currículo, que, para além de um documento elaborado no sentido de atender a exigências legais, pode ser entendido como:

> *"(...) uma construção social da escola, um instrumento pelo qual ela delimita um espaço onde vão ocorrer as experiências de ensino e aprendizagem, com vistas a um processo de formação, em um determinado nível de educação escolar, durante um certo período de tempo"* (MAIA, 2004, p. 104).

Contudo, observa-se que nem todas as experiências de formação que integram o currículo (na visão mais ampla apresentada) são planejadas, ou sequer conhecidas. Na verdade, a elaboração curricular geralmente resulta na geração de documentos oficiais que apresentam o currículo formal, estabelecendo a organização e a distribuição das disciplinas, módulos ou outras unidades, com seus objetivos, conteúdos programáticos, estratégias didáticas e procedimentos de avaliação (REGO, 1998).

Assim, para além desta formalidade situam-se diversas atividades e influências ambientais difíceis de serem conhecidas e transformadas.

A Figura 1 apresenta, de forma esquemática, os diversos "currículos" que integram a formação do estudante.

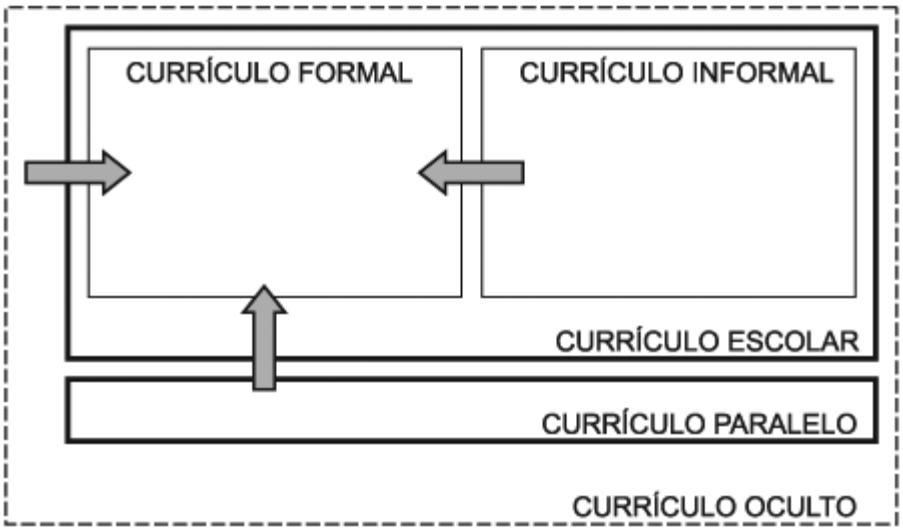


Figura 1: O Currículo e os Currículos (reproduzido de Maia, 2005)

Embora haja algum grau de divergência conceitual entre diferentes autores, podemos considerar que o currículo informal é composto pelo conjunto de experiências de formação buscadas pelos estudantes no interior da própria instituição, ao passo que no currículo paralelo se situam as atividades que estes realizam fora do ambiente da academia.

Assim, se considerarmos o currículo escolar como o conjunto das atividades formais e informais, podemos afirmar que o currículo paralelo se situa no espaço "extramuros", sendo "o conjunto de atividades extracurriculares que os alunos desenvolvem, subvertendo, na maioria das vezes, a estrutura curricular formal estabelecida pela faculdade" (REGO, 1998).

Merece especial atenção o currículo oculto, que perpassa todos os demais "currículos", estabelecendo-se como um "pano de fundo" em todo o

processo de formação. É nele que se situa o vasto conjunto de experiências de formação que ocorrem de forma não intencional, ligadas, principalmente, ao desenvolvimento de valores e atitudes (SILVA, 2004).

Para Galli (1989, p. 345) "*existem dois tipos de currículo: o formal, manifesto e previsto, que expõe os alunos a determinadas experiências e [prevê] aulas, trabalhos práticos e exames; e o informal ou oculto, que é o conjunto de experiências e estímulos que o estudante recebe sem que tenham sido previstos nem planejados"*. Para esta autora, o currículo oculto "*consiste na transmissão de uma cultura particular através de processos de identificação e não implica em cursos nem exames.* (...). *O aluno incorpora a cultura médica, identifica os atributos que obtêm prestígio social e adquire uma escala de valores".*

Em muitos currículos baseados na visão hospitalocêntrica, a formação voltada para a futura prática profissional ocorre fora do currículo escolar.

Assim, considerando-se que a humanização na formação médica depende do desenvolvimento de um conjunto de competências profissionais, é dever da Escola curricularizar formalmente por meio de estratégias e cenários diversificados esta temática, inserindo-a longitudinalmente no conjunto de atividades educativas da graduação.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

1. Caracterização da Pesquisa

Na busca de resposta para as perguntas de pesquisa foi idealizado um estudo descritivo, transversal, utilizando-se, para tal, um enfoque quali-qualitativo na análise de dados.

Segundo Vergara (2000), a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza. A autora refere também que a pesquisa não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora constitua uma base para tal explicação.

Seguindo a mesma linha, Mattar (1999) ressalta a inter-relação com o problema de pesquisa, ao afirmar que a utilização desse tipo de pesquisa deverá ocorrer quando o propósito de estudo for descrever as características de grupos, estimar a proporção de elementos que tenham determinadas características ou comportamento, dentro de uma população específica, descobrir ou verificar a existência de relação entre variáveis.

O autor prossegue afirmando que as pesquisas descritivas compreendem grande número de métodos de coleta de dados englobando: entrevistas pessoais, entrevistas por telefone, questionários pelo correio, questionários pessoais e observações, dentre outros.

Gamboa (1997) refere que o estudo descritivo analítico é retratado com o intento de abordar o objeto, fundamentando-se na lógica interna do processo e nos métodos que explicitam a dinâmica e as contradições internas dos fenômenos e explica as relações entre homem, natureza, entre reflexão-ação e entre teoria-prática.

Sendo assim, o mesmo autor afirma que a pesquisa tem como postura marcante a crítica expressa e a pretensão de desvendar, mais que o *"conflito das interpretações"*, o conflito dos interesses, manifestando-se o *"interesse transformador"* das situações ou dos fenômenos estudados, resgatando sua dimensão histórica e desvendando suas possibilidades de mudança.

Segundo Alves-Mazzotti (1998), a estratégia qualitativa de uma pesquisa permite o levantamento, a compreensão e a organização dos dados de forma contínua, onde se buscam identificar dimensões, categorias, tendências, padrões e relações entre os dados, a fim de desvendar os seus significados. Trata-se de um processo complexo, não linear, que implica em um trabalho de leitura, organização e interpretação dos dados, iniciado já na fase exploratória e que acompanha toda a investigação.

Greenhalgh e Taylor (1997) mencionam que é mais provável as pessoas valorizarem resultados quantificados. Contudo, a característica da presente investigação relaciona-se com concepções, descrições de práticas e explicitação de expectativas.

Desta forma, pensando como Goldenberg (1999) e buscando um estudo mais profundo de fenômenos de natureza social, a opção foi por uma abordagem qualitativa na coleta e na análise dos dados. Com efeito, buscou-se apreender os significados que os sujeitos atribuem a fatos referentes às suas concepções (GREENHALGH e TAYLOR, 1997).

A aproximação qualitativa possibilita desvendar os significados subjetivos das falas dos sujeitos. Segundo Minayo (1999), esta perspectiva metodológica é capaz de *"incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais,*

sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas." (p. 11)

2. Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa tanto da UNIFESP em 07/12/2007, quanto da UNICID (Curso Médico) em 15/10/2007, onde foi realizada a pesquisa, que ocorreu ao longo de 2008. Anteriormente ao questionário e a entrevista, os alunos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **(Anexos I e II).**

3. Contexto e sujeitos do estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida na Faculdade de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo (UNICID), com alunos de graduação da primeira à quinta etapas (semestres letivos), voluntários. Cumpre esclarecer que, na estrutura curricular, cada duas etapas correspondem a um ano do curso. Assim, foram excluídos os alunos da sexta à oitava etapas, que incluem as práticas em ambulatórios, bem como os estudantes do Internato. Um segundo critério excluiu do estudo estudantes que tivessem realizado atividades no PISCO sob a supervisão direta da pesquisadora.

4. Instrumentos de pesquisa

Na primeira fase da coleta de dados, foi distribuído um questionário a 59 estudantes, sendo que a totalidade devolveu o instrumento preenchido. Este ***n*** de investigados foi determinado pela identificação da saturação das respostas

obtidas. O questionário foi distribuído, juntamente com uma Carta-Convite **(Anexo III)** de forma aleatória a alunos da primeira à quinta etapas, dando preferência aos estudantes mais avançados nas unidades curriculares que, supõe-se, tenham uma maior vivência na prática e uma visão mais complexa do paciente (vide **Anexo III e Resultados).** Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **(Anexo IV)**. A primeira parte do Questionário **(Anexo V)** apresentou questões mais gerais, abertas e fechas. A segunda parte **(Anexo V cont.)** tomou como estratégia o grau de concordância do participante com uma série de assertivas cuja análise permita conclusões de caráter semi-qualitativo a respeito das vivências e do impacto do PISCO na formação do estudante.

O questionário foi previamente testado com 3 alunos, objetivando aprimorar o entendimento das questões, por meio de uma redação adequada.

A escolha de um questionário para a coleta inicial de dados deve-se ao fato de que este instrumento permite levantamento de dados de maneira simples, ampla, direta e objetiva.

Para Minayo (1999), o questionário permite obter dados de natureza objetiva – fatos "concretos", "objetivos" – que podem ser obtidos por outros meios – bem como os de natureza "subjetiva", como atitudes, valores, opiniões, que *"só podem ser obtidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos".* (p.22)

Entretanto, o questionário tem limitações, quando se buscam concepções, tendências, ou a compreensão em maior profundidade. Por este motivo, a segunda etapa da coleta de dados consistiu da realização de entrevistas, estratégia que possibilita alcançar expressões dos sujeitos com

mais liberdade e profundidade, sobre suas concepções, apresentando suas justificativas, idéias, e teorizando sobre o assunto abordado.

A partir dos resultados dos questionários, foi elaborado um roteiro para a realização da entrevista, composto por 5 perguntas **(Anexo VI)**, formuladas a partir das respostas do questionário aplicado anteriormente, focando a formação humanística do estudante, objetivando o enriquecimento da pesquisa. Dos 59 participantes, foi entrevistada uma amostra aleatoriamente integrada por 11 alunos, sendo que o número encontrado também foi ditado pela saturação de respostas obtidas.

A opção metodológica pela entrevista tomou como base o conceito de alguns autores, tais como Lakatos, (1993), para quem a entrevista representa:

> "*Um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional que proporciona ao entrevistador, verbalmente, a informação necessária."* (p.195-196)

Considera-se que a entrevista face a face é fundamentalmente uma situação de interação humana, na qual estão em jogo as percepções do outro e de si, expectativas, sentimentos, preconceitos e interpretações para os protagonistas (entrevistador e o entrevistado).

No encontro fica explícito o que se chama de *"espaço relacional do conversar"*, que segundo Maturana (1993) é *"o entrelaçamento do linguajar e do emocionar"* (p.9).

Em uma entrevista, a intencionalidade do pesquisador vai além da mera busca de informações, ou seja, o pesquisador deverá criar uma situação de confiabilidade para que o entrevistado amplie suas opiniões sobre o assunto perguntado (SZYMANSKI, 2002).

5. Análise dos Dados

Os resultados de caráter quantitativa foram tabulados por métodos tradicionais. O material obtido pelos questionários e pelas entrevistas com características mais subjetivas foi, após transcrição, exaustivamente lido e relido, sendo analisado de acordo com eixos temáticos, tanto elaborados previamente quanto os que emergiram do próprio material coletado, com o intuito de investigar tendências e confluências de conceitos (MINAYO, 1999; THIOLLENT, 1988).

É nesta etapa que o processo de análise, segundo Moroz (2002), permite decompor um todo em suas partes componentes, esquadrinhar e examinar criticamente.

A pesquisa buscou identificar padrões de semelhança e recorrência de dados e significados, seguindo metodologias propostas por autores como Greenhalgh e Taylor (1997) e Minayo (1999). Do material empírico emergiram temas que foram individualizados (MOROZ, 2002) e, posteriormente, discutidos, buscando-se generalizações e inferências (GIL, 1999), em um diálogo com a literatura especializada.

O material empírico foi analisado por intermédio de uma das técnicas de análise de conteúdo, denominada análise temática, cujo objetivo é o de atingir os significados explícitos e os implícitos. Segundo Minayo (1999), esta

abordagem metodológica possibilita que os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso sejam caracterizados pela presença de determinados temas.

Assim, Moroz (2002) afirma que a interpretação dos dados é fundamental para a conclusão provisória do que se quer estudar. Tendo em vista os objetivos que se pretende atingir é possível dar um significado a estes resultados, discutir em que direção ou direções apontam, se a direção apontada confirma ou não os estudos anteriores, que implicações (científicas e sociais) são delas provenientes, que aspectos ficaram sem respostas, que novas questões trouxeram e que novos estudos deverão ser realizados. Surgem, neste momento, respostas possíveis para as questões inicialmente formuladas.

Foram seguidas, na análise, as etapas sugeridas pela referida autora. Após leituras exaustivas e críticas do material, os temas emergentes foram cotejados com a problematização e os objetivos da pesquisa, tornando-se possível a elaboração dos *núcleos temáticos*.

Os dados foram organizados e descritos por meio de categorias, para posteriormente uma interpretação de generalizações e inferências (GIL, 2002).

O processo de análise dos resultados das entrevistas teve início desde a realização das mesmas, o que, juntamente com análises breves subseqüentes, determinou que, o momento, em que as respostas tornavam-se semelhantes e recorrentes, possibilitando então a interrupção da coleta de dados.

RESULTADOS

1. QUESTIONÁRIO I

Os alunos que participaram desta pesquisa receberam um questionário que se dividia em duas partes (Anexo V). A distribuição dos 59 sujeitos (Tabela I) levou em consideração os estudantes mais avançados nas unidades curriculares que, supõe-se, têm uma maior vivência na prática e uma visão mais complexa do paciente.

Tabela I

Número de alunos que responderam ao questionário de acordo com suas Etapas (Semestres)

	Etapas (Semestres)				
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
Número de alunos	6	12	13	14	14

Os resultados obtidos através do Questionário I em sua primeira parte (Tabela II), mostraram que a grande maioria dos estudantes que participaram da pesquisa declararam não ter tido contato, em suas vidas, com o atendimento básico de uma UBS antes do curso médico. Dos cinqüenta e nove alunos, somente nove já haviam estado em uma UBS, por motivos dentre os quais se destacavam a vacinação e o atendimento (geralmente em situações infrequentes de pequenas urgências em seus ambientes escolares), bem como

afecções da saúde para o encaminhamento a níveis mais complexos de atenção.

Tabela II

Quantidade de pesquisados que estiveram em uma UBS antes do curso médico.

	SIM	NÃO
Número de alunos	9	50

Por outro lado, no que diz respeito a algum momento da vida (fora do PISCO) em que o aluno teve a oportunidade de visitar lugares socialmente menos favorecidos como: favelas, cortiços, entre outros, vinte e um alunos disseram que sim, porém trinta e oito alunos não tiveram a mesma experiência (Tabela III). Os motivos identificados foram os mais diversos, como: *trabalho voluntário com grupo de crianças soropositivas para AIDS; trabalhos beneficentes; serviços voluntários; efemérides como o dia de São Cosme e Damião, mutirões em Igrejas carentes; doação de presentes para as crianças no Natal, dentre outras atividades assistenciais e benemerentes.*

Tabela III

Quantidade de alunos que, em algum momento da vida, estiveram (fora do PISCO) em lugares socialmente menos favorecidos

	SIM	NÃO
Número de alunos	21	38

No contexto curricular da formação médica no PISCO, para muitos desses alunos, a experiência suscitou reflexões sobre futura prática médica de cada um, expondo-os a diversos cenários de serviços de atenção à saúde carentes em equipamentos e apoio social. O programa permitiu o contato próximo com um novo contexto interativo no qual o aluno pôde perceber como pequenas situações corriqueiras e de fácil resolução, tais como transporte, saneamento básico, alimentação etc. são difíceis para a população carente, o que se reflete em uma maior dificuldade ao acesso a equipamentos sociais. Os pesquisados perceberam que as dificuldades são grandes no atendimento básico do SUS e de como uma futura atuação médica lastreada em uma formação de graduação especificamente voltada para esta área pode minimizá-las.

A penúltima questão, referente ao conhecimento prévio sobre o SUS, guarda relação com a primeira. Apenas catorze alunos (23% dos respondentes, Tabela IV) declararam conhecer algo a respeito do Sistema

Único de Saúde e do Programa de Saúde de Família (PSF), antes de ingressar no curso médico.

Tabela IV

Quantidade de alunos que tinham algum conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde e sobre o Programa de Saúde da Família, antes de ingressar no curso médico.

	SIM	NÃO
Número de alunos	14 (23%)	45 (77%)

A última pergunta do Questionário I foi elaborada com a intenção de garantir que o aluno respondente não tivesse estado em nenhum momento sob a supervisão da pesquisadora.

2. QUESTIONÁRIO II

No questionário II foram obtidos resultados semiqualitativos, uma vez que se empregou uma escala do tipo Likert, avaliando opiniões quanto a assertivas apresentadas, segundo valores, desde o 1 (discordância total) até o 5 (concordância total). Os resultados estão apresentados na Tabela V. Para maior facilidade, as assertivas foram transcritas para a lista a seguir.

1. A minha vivência no PISCO ampliou a compreensão do que entendo do SUS e PSF, na atenção à saúde da população.

2. A partir de minha vivência no PISCO eu pensei que poderia trabalhar futuramente no SUS.

3. A experiência de trabalho em uma UBS, com uma equipe multiprofissional fez-me valorizar minha futura prática médica.

4. A minha vivência no PISCO teve pouca influência no modo de relacionar-me com pessoas socialmente menos privilegiadas.

5. A aprendizagem através de contato com as situações de prática propostas pelo PISCO, estimularam-me a desenvolver uma visão integral da pessoa, inserida no contexto familiar e social.

6. Em minha opinião, pude perceber que o PISCO pretende formar profissionais capazes de prestar atendimento integral e humanizado, trabalhar em equipe, compreendendo a realidade em que vive a população e consequentemente suas necessidades de saúde.

7. Nas visitas domiciliárias percebi que a atenção está centrada na família, o que possibilita aos estudantes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença que vai além das práticas curativas.

8. Nas visitas domiciliárias, percebi a importância do estudante conhecer quem são e como vivem as pessoas, para uma visão mais humana da realidade.

9. A experiência proporcionada na realização da visita domiciliária leva-me a pensar que, de acordo com a DCN, o currículo da Faculdade preocupa-se com a formação humanística do estudante.

10. Hoje em dia sinto-me mais "humano" ao participar de ações preventivas e programas educativos na comunidade, em comparação com a minha postura no início do curso da faculdade.

11. Sinto-me mais motivado ao iniciar, na quinta etapa, o ambulatório, com uma visão integral da pessoa, inserida no contexto familiar e social e não somente a doença.

12. A oportunidade de desenvolver vínculos afetivos com a comunidade e a equipe multiprofissional, estimulou-me a uma relação pessoal muito mais humana, o que me permite ser um médico melhor.

13. A experiência vivenciada por mim no PISCO não interferiu de maneira importante na minha formação humanística.

14. Se o PISCO fosse uma atividade eletiva no curso da UNICID, eu me matricularia no programa.

Tabela V

Resultados obtidos de acordo com os níveis de concordância

Assertivas	Níveis de Concordância				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	0	0	1	19	39
2	13	7	13	13	13
3	1	2	15	18	23
4	35	8	4	7	5
5	0	1	11	13	34
6	1	0	10	16	32
7	1	1	5	22	30
8	0	1	2	19	37
9	0	3	8	16	32
10	3	1	18	14	23
11	3	2	11	20	23
12	0	2	15	20	22
13	31	13	5	8	2
14	4	8	16	15	16

Com relação à vivência no PISCO, os alunos manifestaram uma maior compreensão do SUS e PSF no âmbito da atenção à saúde da população, a partir de sua vivência em cenários extrahospitalares, tais como as UBSs.

A experiência do estágio nos cenários do PISCO evidenciou resultados com tendência a uma positividade equilibrada, quanto à hipótese de considerar o SUS como uma possibilidade de trabalho profissional futuro.

A experiência de atuação em uma UBS, no âmbito de uma equipe multiprofissional foi bastante valorizada.

A inserção curricular no PISCO pareceu ter influenciado positivamente no modo do aluno relacionar-se com pessoas socialmente menos privilegiadas.

A aprendizagem através do contato com as situações de prática propostas pelo PISCO estimulou a grande maioria a desenvolver uma visão integral da pessoa, inserida no contexto familiar e social.

Um contingente expressivo pôde perceber que o PISCO pretende formar profissionais capazes de prestar atendimento integral e humanizado, de trabalhar em equipe, compreendendo a realidade em que vive a população e consequentemente suas necessidades de saúde.

Nas visitas domiciliárias, a maioria percebeu que a atenção do cuidado ao doente estendia-se e buscava incluir a família, o que possibilitou aos estudantes uma compreensão mais aprofundada e ampliada do processo saúde/doença, que vai além das práticas curativas, assim como a conhecer quem são e como vivem as pessoas, para uma visão mais humanizada da realidade.

Um resultado de grande importância relaciona-se ao fato de que a experiência proporcionada pela realização da visita domiciliária levou a maioria a pensar que, de acordo com as DCN, o currículo da Faculdade preocupa-se com a formação humanística do estudante. Como consequência, a grande maioria dos participantes da pesquisa, afirmaram sentir-se mais “humanos”, ao participar de ações preventivas e programas educativos na comunidade, tomando-se como base suas visões no início do curso médico. Observou-se também uma maior motivação para iniciar, na quinta etapa, os estágios nos ambulatórios, com uma visão integral da pessoa, inserida no contexto familiar e social e não somente da doença.

A oportunidade de desenvolver vínculos afetivos com a comunidade e a equipe multiprofissional, para a maioria, estimulou uma relação pessoal muito mais humana, o que permite ser um médico melhor.

Confirmando as declarações uma última assertiva posterior, apresentada com uma redação “negativa”, os respondentes opinaram que a experiência vivenciada no PISCO interferiu de maneira importante na formação humanística dos alunos.

Finalmente, grande parte dos alunos entrevistados mostraram-se interessados em matricular-se no Programa mesmo se o PISCO fosse uma atividade eletiva no curso da UNICID.

3. A ENTREVISTA

A partir dos resultados dos Questionários I e II, foi elaborado um roteiro de entrevista, objetivando aprofundar a reflexão da prática humanizada no cenário que o programa se propõe a cumprir. Onze alunos foram entrevistados, considerando-se a repetição das falas. Alguns fragmentos de falas consideradas mais significativas encontram-se transcritos a seguir, de acordo com as questões propostas no Roteiro de Entrevista, que, como anteriormente discutido, poderia ser modificado durante a coleta de dados.

3.1. O que você entende por uma prática humanizada no cuidado de pessoas pelos médicos?

O entendimento do que seja uma prática humanizada para os alunos entrevistados do curso médico da Universidade Cidade de São Paulo nas atividades do PISCO pode ser sumariado nas falas transcritas a seguir.

> *"(...) toda atividade que a gente faz dentro do PISCO, atendendo os pacientes, eu acho que a atividade é humanizada, acho para isso é que serve o PISCO também." (S.11)*

Observou-se que o aspecto relacional (médico e paciente) permeou as respostas. A proximidade do aluno tanto com o médico como com o paciente emergiu como particularmente importante, associado com empatia.

> *"(...) acho que é um contato mais próximo." (S.11)*
>
> *"(...) um contato pessoal maior do médico." (S.1)*
>
> *"(...) chegando mais próximo do meio em que os pacientes convivem." (S.4)*

Foram ressaltadas relações mais “simétricas” entre médico e paciente, tomando como base a empatia.

“(...) a humanização entre o médico e o paciente, é o tipo da interação em que todo mundo tenha o mesmo nível.” (S.2)

“(...) a humanização dentro da prática médica consiste num tratamento médico-paciente em que o médico tem a possibilidade de ter uma empatia com o paciente, se colocando no lugar dele, tratando mais próximo do paciente.” (S.6)

“(...) a prática humanizada está ocorrendo quando a gente conversa com o paciente a fim de explicar para eles, como posso dizer, a prevenção de doenças, então que a gente chega no paciente e fala de forma com que ele entenda, como um amigo mesmo.” (S.2)

O contato com a realidade do paciente levou o aluno a ter uma visão menos fragmentada deste, ao conhecimento e à valorização de sua realidade sociocultural. Inicialmente, notam-se referências à “desumanização” da prática médica, mas, posteriormente, os entrevistados focam-se na humanização propriamente dita.

“(...) se fala muito em humanização hoje, porque pelo fato dos médicos tratarem os pacientes como uma doença, com uma relação fria, muita gente reclama.” (S.3)

“(...) é olhar ele não só como um órgão, sabe tem muita especialidade hoje em dia.” (S.1)

“(...) estar vendo o paciente como um todo, não tratando somente eles com a sua doença.” (S.11)

"(...) eu vi lá que tem gente que tem alguns problemas, não só de saúde, mas com a família, onde mora, o tipo da casa, e que o médico tem que entender isso." (S.1)

"(...) é o médico tratar o paciente como um todo sabendo a necessidade dele, a realidade dele, entender o que aquele paciente precisa, e saber suprir aquela necessidade." (S.10)

3.2. Baseado(a) na sua experiência no PISCO, em que atividade(s) a prática humanizada ocorreu?

Foram relatadas diversas atividades do PISCO em que os sujeitos perceberam claramente práticas humanizadas. Inicialmente, ressaltou-se a valorização do atendimento médico diferenciado para cada paciente. O contato com realidades diferentes e diversificadas foi identificado como um fator positivo para a formação para um atendimento peculiar a cada paciente. Este aspecto da individualidade de cada paciente e de suas necessidades naquele momento permeia muitas das experiências de aprendizagem relatadas nos cuidados básicos à saúde, no âmbito do SUS.

"(...) a gente conheceu bastante tipos diferentes de gente, de diferentes condições sociais, e acho que qualifica cada uma para ser atendida de um jeito diferente." (S.1)

"(...) ver a realidade dele, saber como é a vida dele, e ver o paciente de uma forma diferente." (S.3)

"(...) não dá para você ignorar uma realidade que está aí, que é presente, que é a maioria, o atendimento público é assim, e não tem como esconder, acho que é importante pro aluno ver como que é mesmo." (S.10)

"(...) não fica só aquela coisa de só estudar no livro, acho que ali ele já tem uma prática mesmo grande." (S.1)

Um outro aspecto da humanização dos cuidados diz respeito às visitas domiciliárias com relação às reflexões sobre a importância do conhecimento da realidade na formação do médico. O olhar que respeita as diferenças, o estabelecimento de vínculos de compromisso e a responsabilidade com a população, em suas condições de vida e saúde foram mencionados.

"(...) no PISCO a atividade prática humanizada ocorreu quando teve a visita domiciliária." (S.1)

"(...) nós visitamos as famílias nas suas casas, vimos como eles vivem, seu ambiente natural, não é uma coisa tipo falada, e sim vista. Eu acho que é importante isso, a gente vivenciar." (S.4)

"(...) até então eu não tinha idéia do que se passava na casa deles, então, a gente conhecendo a realidade deles dentro de casa, no dia-a-dia, na sua vida, na hora de acolher na UBS, a gente já pode ter uma visão mais ampla do paciente, ali como um todo, tanto na parte médica, na parte da doença, como na parte psicológica. A gente já tem uma idéia do que se passa ali, do que pode estar ocorrendo." (S.6)

"(...) não é só ir lá, dar um remédio para o cara e pronto. Tem que conversar com ele, tem que conhecer melhor ele, conhecer a história dele, conhecer a vida dele." (S.1)

"(...) em vários momentos em que fiz a visita domiciliar em que você via a dificuldade da pessoa, em ter uma vida digna, aí você via a dificuldade dela fazer os tratamentos, por causa da sua dificuldade da moradia, da localização." (S.8)

"(...) eles ficavam mais felizes, porque eles viam que tinham alguém preocupado com eles, com a situação deles, e eles viam que você via a situação deles. Eles já imaginam que alguma coisa você vai fazer de bom para eles. Mudou, mais afeto, como posso falar, mudou sim." (S.8)

"(...) eu acho que só por você ter escolhido a carreira médica você já tem um interesse maior com o ser humano, então você sensibiliza mais pela realidade dele, por tudo que ele passa, então ver a moradia dele, entrar na casa dele, que é mais o que a gente faz no PISCO, isso influencia muito, você tem o maior respeito, por aquilo que você está fazendo." (S.10)

3.3. Defina em poucas palavras o que é o PISCO para você, e como contribuiu na sua formação como futuro(a) médico(a) e como ser humano.

Foram relatadas experiências na relação com os professores e a equipe de trabalho, através da busca permanente de comunicação e da troca de conhecimentos entre os integrantes da equipe. A postura reflexiva sobre o futuro exercício da profissão também foi valorizada.

"(...) é um programa que te põe na realidade, na verdade, põe o que é, começa debaixo, sabe, acho que você melhora como um profissional, você entende melhor os problemas e as dificuldades que as pessoas têm, você vê melhor com os olhos." (S.7)

"(...) como ser humano, na minha vida, passei a ver as coisas de modo diferente, uma realidade que ainda eu não conhecia; a gente fazendo as VDs presencia uma realidade muito distante e passa a olhar para a vida com outros olhos." (S.6)

"(...) em todas as horas, principalmente, quando a professora conversa bastante com a gente, pede para a gente ler textos sobre acolhimento, como tratar bem o paciente, ser simpático. Pela posição que eu sou, eu acho que eu sou bem humana." (S.5)

"(...) eu acho que o PISCO é importante. Mais importante ainda é o Portfólio. Tem aquela parte de reflexão, que eu acho que é a parte mais importante do PISCO. Você consegue pensar o que está acontecendo. Você não faz as coisas como um robô, você faz as coisas de forma integrada, de forma com que você pense o que você está fazendo, e acho que isso é o mais importante na formação. Você faz as coisas e reflete sobre elas; é muito importante, tanto da formação profissional, como para a profissão do médico como ser humano." (S.2)

O trabalho das ACSs (Agentes Comunitárias de Saúde) foi percebido e valorizado pelos entrevistados como um vínculo importante entre o atendimento nos Serviços e a prática vivenciada do cuidado à saúde.

"(...) eu vejo muito pelas agentes comunitárias, elas tentam agilizar muito as consultas, elas entendem mesmo o problema daquela pessoa, e tentam correr atrás, agilizando." (S.7)

"(...) teve um momento que eu cheguei até a me emocionar, ainda conversei com a agente comunitária, que como as pessoas faziam assim, sendo tão novinhas, para manter assim essa estrutura emocional, para não se envolver com o paciente, mas ela disse que tem pessoas que querem ajudar, que choram, que tem que ter esse limite de relacionamento." (S.3)

3.4. De que forma a situação social das famílias visitadas provocou mudanças na sua visão da relação do paciente?

As mudanças individuais percebidas pelos entrevistados, o crescimento individual, a percepção de mudanças e de atitudes, em decorrência do contato com os pacientes e suas famílias em seus próprios contextos sociais foram assim desvelados:

"(...) como ser humano também, porque para mim muda a minha visão. Eu saio daqui dando mais valor às minhas coisas. Sabe... eu olho e falo: nossa! A pessoa não tem isso e eu tenho, e eu tenho que dar valor a mais ao que eu tenho, porque a pessoa tem muita dificuldade para poder ter." (S.7)

"(...) acho que aprendi a dar mais valor a coisas que eu não dava, agora eu dou. Porque eu tenho tudo fácil por causa dos meus pais, mas as pessoas mais carentes não têm, só têm mais dificuldades por coisas mínimas, então eu acho que para cuidar da saúde é muito importante dar mais valor a isso." (S.4)

"(...) acho que dá mais maturidade." (S.7)

"(...) ele ajuda você a refletir sobre a situação do país, sobre a situação da saúde, como a gente tem uma classe social, digamos alta, em relação ao Brasil inteiro. É importante você ter uma convivência com as áreas mais pobres e perceber que o mundo que você vive é bem diferente do mundo real, onde as pessoas passam necessidade, que as pessoas tem carências, que as pessoas são bem ignorantes assim, mas assim no ponto de eles não terem acesso a muita coisa, a informação, ajuda a refletir sobre isso, porque tem que mudar." (S.2)

"(...) eu fiquei muito sensibilizado. Você começa a pensar de um jeito diferente no que está fazendo, para que está estudando. Acho que a maioria

do povo da faculdade deve estar pensando, vou ter minha clínica e etc. e você vê que você tem vontade de ajudar. Não vou deixar para alguém, você tem que fazer alguma coisa, principalmente porque agora eu penso em trabalhar com medicina da família, trabalhar no PSF." (S.9)

3.5. Você acha que haveria alguma diferença em sua formação se não existisse o PISCO no currículo da Faculdade? Em que sentido?

As mudanças na formação percebidas pelos entrevistados no estágio do PISCO propiciaram a ligação do conhecimento da realidade da população com a formação do médico com uma melhor visão humanística.

"(...) a gente não seria tão humano quanto se não tivesse o PISCO." (S.5)

"(...) seria um choque muito grande na hora que eu me formasse e visse pessoas carentes ou com menos do que eu tenho, e eu não conseguisse compreender elas. Agora eu sei que vou conseguir compreender, não vou ter um choque tão grande em ver as pessoas, assim, ou me relacionar com elas." (S.4)

"(...) ele que faz a gente aprender todos os conceitos básicos do SUS." (S.11)

"(...) acho que é uma maneira de eu entender um outro mundo diferente do meu, que as pessoas tem dificuldade total, e no PISCO você vendo essa dificuldade, eu como médico, eu como futuro médico vou tentar entender, melhor isso, tentar, não solucionar, mas tentar dar um tratamento que ela possa fazer, com as dificuldades dela. " (S.8).

DISCUSSÃO

O processo de especialização teve forte impacto sobre a formação médica. Aos poucos, o espaço para a prática generalista foi reduzido e os hospitais e centros de especialidades passaram a dominar o espaço de atuação médica.

Segundo Gallian (2001), no início do século XX assistiu-se a um verdadeiro “milagre” no conhecimento e, no que diz respeito particularmente à medicina, tudo dava a entender que esta estava prestes a atingir a sua idade de ouro, o seu estágio de “ciência exata”. Os enormes progressos alcançados graças às ciências físicas, químicas e biológicas, aliados aos desenvolvimentos tecnológicos, foram cada vez mais redirecionando a formação e a atuação do médico. A medicina buscava alicerçar-se essencialmente nas ciências exatas e biológicas, relegando a um segundo plano as ciências humanas. As descobertas ainda mais surpreendentes que ocorreram nas últimas décadas, principalmente no âmbito da biologia celular e molecular, que ultimamente têm investigado até o âmago do DNA, parecem ter definitivamente confirmado a idéia de que a fonte principal do conhecimento médico situa-se na experimentação laboratorial, e na sofisticação da imagenologia.

Muller, citado por Ferreira (1983) avalia que as escolas médicas estão submergindo os estudantes em pormenores opressores sobre conhecimentos especializados e aplicação de recursos diagnósticos e terapêuticos sofisticados, restringindo a aprendizagem de habilidades médicas fundamentais. Segundo Troncon (1998), esta realidade pode resultar em uma fascinação do estudante pela especialização e pela tecnologia, tornando o artefato mais importante que o paciente. Faz-se imperioso adotar novos

modelos pedagógicos que originem currículos que privilegiem não só conhecimento biológico e patológico, mas as competências relacionais e atitudinais que permitam perceber o ser humano em sua integralidade.

Conforme Martins (2003), no processo histórico de desumanização do ensino médico, o doente foi perdendo suas marcas sociais e psicológicas, para passar a ser objeto do saber reconhecido cientificamente. Ficou reduzido a uma máquina humana; seus aspectos emocionais, crenças e valores, relegados a um segundo plano. A Medicina perdeu seu caráter humanista devido à enorme influência que a prática médica sofreu de uma visão reducionista e mercantilista, tanto de Homem como de Ciência.

É sobejamente sabido que o SUS prescreve o atendimento integral do ser humano. Entretanto, no contexto do presente trabalho, mesmo com a aproximação dos alunos à realidade da comunidade a partir da vivência no PISCO, o resultado da pesquisa mostrou que trabalhar futuramente no SUS ainda divide a opinião dos alunos, muito possivelmente pela visão hospitalocêntrica na formação tradicional do futuro médico, transmitida por docentes por intermédio do currículo oculto.

De acordo com Marins (2004), o modo de atenção à saúde desenvolvido no Brasil, baseado na assistência médica e centrado no hospital, tem-se mostrado pouco eficaz no que se refere ao diagnóstico das condições de vida e da saúde da população. Soma-se a isso a desigualdade na distribuição dos serviços para as camadas sociais menos favorecidas. As habilidades e atitudes que o estudante pode desenvolver diante de problemas concretos da realidade exercem influência sobre a postura dos futuros profissionais, desenvolvendo

uma visão mais ampliada da realidade social, dos problemas e também dos indivíduos, o que contribui para evitar o enfoque da busca da especialização precoce pelos estudantes.

Como observamos o contato com a realidade do paciente levou o aluno a ter uma visão menos fragmentada deste, ao conhecimento e à valorização de sua realidade sociocultural. Assim, os alunos mencionam o problema da desumanização da medicina (acima mencionado) e a importância da aproximação da realidade do paciente para uma melhor compreensão da prática médica.

Os resultados também foram ao encontro de observações de Lown (1997), que afirma que quando um paciente procura atendimento médico, invariavelmente está buscando cuidados que não se limitam simplesmente a livrar-se de um mal-estar circunstancial. A relação médico-paciente nunca deixará de ser interação intersubjetiva experimentada por duas pessoas e, por mais assimétrica que, em alguns momentos possa ser, mas somente será eficaz se for conduzida com acolhimento, escuta-resposta e esperança de cura para o que sofre. Frente às dificuldades apontadas, fica evidente a descaracterização da arte de bem cuidar, o que nos impõe a tarefa de resgatá-la, já que sem ela a medicina perde o sentido. Por outro lado, é indispensável reconhecer que o individual e o coletivo fazem parte do mesmo organismo, são membros articulados do mesmo corpo. Homem e sociedade são entidades inseparáveis. Ambos respondem aos mesmos estímulos e, simultaneamente, padecem dos mesmos sofrimentos.

Cabe ressaltar também que, no início dos anos 90, as discussões sobre mudança de práticas na saúde estavam muito mais voltadas para o nível do aparato legal e da estrutura administrativa do SUS, como elementos de maior destaque na conjuntura política. Essa é apenas uma constatação do elenco de prioridades político-institucionais, que alimentavam o movimento reformador e o debate da ocasião, sem negar todo o acúmulo e a importância das discussões sobre aparelho formador e o SUS, o perfil do novo profissional para o sistema, e a integração docente-assistencial, dentre outras contribuições. Havia um nítido distanciamento entre os profissionais e os pacientes, entre as equipes e as comunidades, entre os agentes e os seus meios de trabalho, sendo tal situação reproduzida tanto no setor público como no privado. Assim, estruturar serviços com bases nas equipes de saúde vem contribuindo para a quebra da divisão do processo de trabalho, para a responsabilização pelos problemas apresentados e para a superação da inércia e da indiferença burocrática dos serviços públicos de saúde (CAMPOS, 1992).

É importante destacar que a formação tradicional nos acompanhou durante décadas como única e perfeita, hospitalocêntrica, cuja aprendizagem baseada em uma educação bancária, centralizando no professor o poder do conhecimento, não possibilitando aos estudantes retornarem para transmitirem seus pontos críticos e reflexivos, possivelmente relevantes para um diálogo aberto entre os sujeitos, e para o crescimento dos envolvidos. Esse raciocínio é demonstrado quando Freire (2005) ressalva que *"ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou a sua construção"*.

No entanto, os movimentos atuais de reorganização da prática médica indicam uma tendência progressiva à des-hospitalização, já que grande parte dos cuidados podem ocorrer de maneira mais eficiente e com menores custos nos ambulatórios, na comunidade e nos domicílios. Os cenários de ensino, portanto, devem ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários (REDE UNIDA, 1999; FEUERWERKER E SENA, 1999; DEMO, 1998).

De acordo com Feuerwerker (2002), a diversificação dos cenários de formação é compreendida como uma das estratégias para transformações curriculares, uma vez que aproxima os estudantes da vida cotidiana da população e desenvolve olhares críticos, ao envolvê-los com os reais problemas da população desde o início de sua formação. Cenários de aprendizagem não devem se restringir aos locais de desenvolvimento de práticas profissionais tradicionalmente construídos, mas devem representar espaços em que as relações dos sujeitos sejam eficazmente desenvolvidas, rompendo as barreiras das academias com os serviços. Uma das opções para tal diversificação é a aprendizagem baseada na comunidade, na qual o estudante permanece durante sua formação (em paralelo com as atividades acadêmicas intramuros), inserido longitudinalmente em um processo dinâmico de práticas integradas à comunidade, produzindo para tanto, conhecimento e serviço de ações em saúde à população. Diferentemente de currículos que planejam estágios breves e pontuais, principalmente em centros de saúde escola, este tipo de educação requer envolvimento dos estudantes com e na comunidade, suscitando reflexões das práticas em saúde envolvidas para a construção de novos rumos para a atenção à saúde da população. Esta

realidade foi claramente revelada pelas respostas dos estudantes, como decorrência de sua inserção curricular no PISCO.

Em coerência com estas diretrizes, os alunos pesquisados deram um grande destaque às visitas domiciliárias, como um momento de aproximação privilegiado com a realidade social, econômica e cultural dos indivíduos cujo atendimento acompanhavam nas UBSs. Este tema será aprofundado posteriormente, neste texto.

Se considerarmos a educação um processo permanente, iniciado durante a graduação e mantido na vida profissional, por meio das relações de parceria da universidade com os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil, os resultados obtidos fazem coro com autores que defendem uma ampla e profunda reorientação pedagógica, centrada no desenvolvimento da aptidão de aprender, transformando o conhecimento num produto construído por meio de uma intensa integração com o objeto de trabalho (FERREIRA, 1986).

Estas novas interações devem estar sustentadas também em relações de parceria entre as universidades, os serviços e grupos comunitários, como forma de garantir o planejamento do processo de ensino-aprendizagem centrado em problemas sanitários prevalecentes. As mudanças impõem uma nova estrutura de administração acadêmica, orientada por um sistema de controle que considere as novas categorias da prática pedagógica/assistencial (FEUERWERKER e SENA, 1999).

Coerentemente com estas reflexões, a construção do conhecimento do aluno que participa de um programa como o PISCO, expondo-o a problemas vividos na comunidade contribui na formação de um indivíduo mais reflexivo e crítico, não somente com relação aos problemas de saúde pública, mas também sobre os seus valores de formação pessoal e de cidadão, bem como a valorização de uma prática médica humanizada. Esta realidade foi nitidamente evidenciada pela menção dos pesquisados ao Portfólio, um diário de campo que registra experiências e reflexões do cotidiano no PISCO e, simultaneamente, é utilizado como um dos instrumentos de avaliação do processo evolutivo do estudante.

A literatura nos ensina que o uso de portfólio como uma estratégia de aprendizagem na educação, na busca de procurar apreender com maior profundidade a construção do conhecimento em uma experiência de aprendizagem não "quantificável", sob a forma de assertivas corretas ou equivocadas (SÁ-CHAVES, 2000). O portfólio (termo originado do inglês *portfolio*) é uma contribuição das áreas humanas à avaliação com o objetivo de acrescentar novos olhares ao desenvolvimento de reflexões, de mudanças de concepções, ao longo de um processo educativo (VILLAS BOAS, 2004).

Também é considerada uma das formas que tem demonstrado efeitos positivos e que cumpre requisitos da avaliação formativa no processo de aprendizagem. É um instrumento que permite ao instrutor observar no educando a capacidade de resolver problemas e o desenvolvimento de competências específicas através dos projetos que propõe e participa, além de fornecer uma série de outras informações sobre o conhecimento e atitudes (ALVARENGA, 2001).

Segundo Alves (2000), o importante não é o portfólio em si, mas sim o que o educando aprendeu ao criá-lo, e que nele deve ser registrada a compilação apenas dos trabalhos que o educando entenda como mais relevantes, após um processo de análise crítica e devida fundamentação escrita.

Nas respostas obtidas quanto aos portfólios, diversos alunos enfatizaram a importância de reflexões a respeito do desenvolvimento de uma prática nestes cenários específicos.

Apenas a título de aprofundamento conceitual, cabe aqui um esclarecimento sobre esta rotina realizada pelas equipes de Saúde da Família. O motivo de usar o termo *domiciliário* e não *domiciliar*, como é usualmente encontrado, está relacionado ao próprio significado da palavra. Domiciliário, relativo: "domicílio; feito no domicílio". Já domiciliar refere-se a: *"dar domicílios a; recolher em domicílio; fixar domicílio e residência"* (FERREIRA, 1999 p. 489).

Os pesquisados atribuíram grande importância, em sua formação humanística no PISCO, às VDs, realizadas em conjunto com Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), indicados pelos alunos como importantes membros das equipes do PSF. Tal fato encontra abundante respaldo na literatura.

Para Mazza (1994), a VD constitui atividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade. Os objetivos dessa atividade podem ser sintetizados como: prestação de cuidados no domicílio quando e como forem convenientes para o paciente, a família e o serviço de saúde; orientação e educação a um ou mais membros da família para prestação de cuidados no domicílio; supervisão dos cuidados delegados à

família; orientação à família em assuntos de higiene em geral; coleta de informações sobre as condições sócio-sanitárias da família, por meio de entrevistas e observação; identificar a presença dos fatores de risco e adoecimento; observação do grau do auto-cuidado da família.

Esta prática, realizada principalmente pelos ACSs, foi relatada pelos alunos como uma das formas de interação mais realísticas com a vida do paciente, suscitando uma visão mais complexa de seu entorno, de sua importância na família, na sociedade, de suas dificuldades. Em suas palavras, o aluno reconhece o contato e o respeito pelo paciente em toda sua complexidade.

A VD inseriu-se nas atividades programáticas do Ministério da Saúde antes mesmo da implantação do PSF, de acordo com a Portaria nº 304, de 2 de julho de 1992, que determina a realização de VD por profissional de nível médio ou superior.

Dentre as atividades realizadas pela estratégia Saúde da Família, a VD se destaca como intervenção voltada para ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação dos indivíduos no seu contexto familiar, já que esta prática permite uma maior aproximação dos profissionais com a realidade dos indivíduos. Mendes e Donato (2003) valorizam:

> *"(...) a aproximação do território pela equipe do PSF, de tal forma que se torna possível reconhecer as condições em que os indivíduos moram, trabalham, adoecem e amam a depender do segmento social em que se situam. Esse conhecer implica*

assumir o compromisso de responsabilidade pelos indivíduos e pelos espaços onde esses indivíduos se relacionam." (p.40)

A atenção básica à saúde da população brasileira operacionaliza-se, dentre outras estratégias, pela ação de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Estes trabalhadores inserem-se nas Equipes de Saúde da Família (ESF) de modo diferenciado, haja vista a perspectiva de resgate do atendimento domiciliar no contexto de vida das comunidades adscritas por uma unidade do PSF. O trabalho dos ACSs, de forma geral, é bem reconhecido pelos membros da comunidade, uma vez que os agentes habitam naquela região geográfica e prestam cuidados, muitas vezes, em zonas isoladas, onde não há outra cobertura institucional (LOPES-QUINONES, 1999). O vínculo estabelecido é um dos fatores que interferem positiva ou negativamente na confiança gerada. Cabe aos ACSs, embora moradores da comunidade, saber lidar com essa dualidade de serem moradores e também profissionais de saúde, conhecedores da realidade da comunidade onde realizam suas atividades como ACS (AMARO, 2003).

Sendo parte integrante do conjunto de trabalhadores que constroem e reconstroem cotidianamente os pressupostos do SUS, evidencia-se desta forma a importância dos ACS no processo de atenção à saúde, uma vez que estes conhecem características, hábitos culturais, esperanças e desejos da comunidade. A inserção da comunidade é fundamental para um processo de mudanças com características participativas, uma vez que *"Os serviços destinados a ajudar as pessoas serão mais eficazes se elas mesmas participarem de sua planificação e estabelecimento"* (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1983).

O reconhecimento, pelos alunos, da importância da visão do ser humano adoecido em uma perspectiva de integralidade também é consonante com a literatura. Durante os últimos anos, a integralidade na atenção à saúde vem sendo objeto de discussões e reflexões em várias esferas da sociedade organizada e dos governos. De acordo com Schraiber (1999), inicialmente a integralidade foi pensada em termos de uma articulação entre "aparatos institucionais" prestadores de serviço, como, por exemplo, a integração entre os serviços público e privado na prestação dos cuidados de assistência, ou entre os sub-setores de saúde pública e de medicina previdenciária, tanto como referenciais teóricos como na prática da gerência de serviços, sendo encarada como intenção e necessidade da ação pública, no ideário do SUS.

A reflexão da mesma autora considera três eixos conceituais a respeito da integralidade. O primeiro refere-se aos atributos das práticas dos trabalhadores de saúde, destacando valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática profissional. O segundo diz respeito à organização dos serviços e o terceiro aplica-se às iniciativas governamentais voltadas para a resolução dos problemas de saúde da população. A estratégia da saúde da família – e, de forma privilegiada – através da VD visa à melhoria do processo relacional por intermédio da relação de vínculo, através da ida do profissional ao território e do envolvimento deste com a comunidade.

Segundo Silva (1998), o Ministério da Saúde propôs o PSF como estratégia para a orientação do modelo assistencial a partir da organização da atenção básica, apostando no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre profissionais de saúde e a população. O acolhimento do usuário dos serviços é uma prática que propicia o

reconhecimento de suas necessidades e expectativas, norteando o atendimento subsequente. O mesmo autor ressalta o importante papel do acolhimento como elemento facilitador de uma relação humanizada entre a equipe e o paciente. Este aspecto também foi mencionado pelos alunos como um ponto positivo em sua formação, ao afirmarem que, nas UBSs têm oportunidade de participar do acolhimento, e desta forma entender o paciente na sua complexidade. Mencionam, também, que esta atividade leva à humanização em sua formação acadêmica, ao inserí-los diretamente nos problemas de saúde da população e nas dificuldades de resolução dos mesmos, provocando reflexões a respeito de seu papel não apenas como futuros profissionais, mas como cidadãos socialmente responsáveis por mudanças sociais.

Um outro resultado obtido por esta pesquisa diz respeito à importância conferida pelos alunos ao trabalho em equipes multiprofissionais, como uma forma eficiente de estruturação, organização e aproveitamento das competências individuais, possibilitando uma visão mais ampla e coletiva do trabalho e reforçando o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns. É possível que a própria característica dos preceptores do PISCO, com formações diversificadas, represente um viés positivo nestas respostas, ao romper o modelo tradicional de ensino no qual "somente médicos podem formar médicos".

Neste sentido, e no contexto das equipes de Saúde da Família, Motta (2001) afirma que, *"(...) se não houver interação entre os profissionais (...) corre-se o risco de repetir a prática fragmentada, desumana e centrada no*

enfoque biológico individual com diferente valoração social dos diversos trabalhos."

Devemos aqui considerar o ensino médico denominado de "tradicional", que, como anteriormente mencionado, considera o hospital escola como o cenário principal da aprendizagem médica, no qual o aluno acompanha, na maioria das vezes, pacientes com doenças já instaladas, de maior gravidade – os casos considerados "interessantes" – e realizações pontual de observação ou intervenção, sob supervisão de docentes e residentes que, por sua vez foram formados com uma visão fragmentada do doente. Nesse processo, a visão que do aluno adquire será a de que a atuação que ele pode fazer no processo saúde-doença é apenas o tratamento de moléstias ou das suas complicações (GROSSEMAN e PATRICIO, 2004). Desta forma, o PISCO foi relatado pelos estudantes como uma possibilidade de uma visão ampla do paciente "comum" que demanda cuidados à sua saúde, resolvidos nas próprias UBSs ou referenciados para instâncias de maior complexidade.

Aprofundando esta observação, a consideração da atenção primária como nível adequado de formação profissional pelos próprios alunos de medicina aponta para uma realidade que, distanciando-se do ensino "tradicional", na comunidade o estudante está em posição privilegiada para aprender as atividades preventivas, compreender a realidade do processo saúde-doença em toda a sua complexidade, assim como a importância da relação médico-paciente e da longitudinalidade da atenção, além do interesse pelas doenças mais prevalentes da população (PITZ e VICENTE, 2004).

A visão dirige-se para a formação de um novo tipo de médico, com competências definidas para atuar primordialmente na atenção primária,

prevenção epidemiologia, ética e ciência do comportamento (MCWHINNEY, 1998). De uma certa forma, podemos vislumbrar um deslocamento da formação médica dos ambientes controlados e, até mesmo “elegante” das enfermarias e ambulatórios da academia para a realidade das Unidades Básicas de Atendimento do SUS, com todos os seus problemas e dificuldades cuja resolução deve ser inserida na graduação médica.

Um outro aspecto paralelo a ser considerado é ressaltado por Moretto (1998) e Saeki (1999), ao afirmarem que a humanização do processo ensino-aprendizagem deve ser vista como um fator importante do nosso tempo, pois o que se observa é a ênfase na dimensão intelectual e cognitiva, em detrimento quase que total das dimensões emocionais e sociais que integram a totalidade da pessoa humana. O objetivo último desse processo educacional é o desenvolvimento, pelo futuro médico, do olhar amplo, profundo e complexo de seus pacientes e da comunidade que atende.

Leoni (1996) ressalta o valor da humanização das relações interpessoais, no sentido de facilitar o crescimento intelectual e emocional do ser humano, ao estabelecer relações construtivas, que objetivem a compreensão e a aquiescência de quem precisa de ajuda. Portanto, falar em formação humanística é falar da valorização humana, é, sobretudo, ter a capacidade de enxergar e de entender o paciente-homem, o paciente com seus valores, suas crenças, seus medos, ansiedades, ou seja, considerando, além de possíveis distúrbios biológicos, o universo complexo e profundamente humano de suas limitações e potencialidades.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho, realizado com alunos do curso médico da Universidade Cidade de São Paulo, em um programa que insere o aluno desde o início do curso na comunidade, visando estudar, sob o ponto de vista dos discentes, a influência do Programa de Integração em Saúde na Comunidade (PISCO) em sua formação humanística, permite concluir que:

A inserção do aluno desde o início do curso em um programa longitudinal de saúde na comunidade, além de contribuir para o desenvolvimento de competências relativas a conhecimentos e sua aplicação nos problemas da própria realidade, integrando teoria e prática, proporciona a valorização do trabalho em equipe e a autoavaliação do discente. Desta forma, o Programa cumpre com os principais objetivos no bojo dos quais foi concebido.

Além disto, e em conformidade com o escopo do presente trabalho, o PISCO revelou-se um cenário de práticas e reflexões que resultaram em mudanças muito mais profundas do que as competências acima enumeradas, a saber: a formação para uma prática discente atual e profissional médica mais humanizada.

Os alunos revelaram que sua interação ampla com a comunidade que é objeto de cuidados à saúde (desde as ações nas UBS até o "penetrar no interior do lar do paciente", princípio socrático do exercício da medicina) – sempre na estratégia de operacionalização do SUS, ou seja, o PSF – possibilitou-lhes o desenvolvimento não apenas com "doentes", mas com suas famílias e comunidades, reconhecendo fatores de risco de determinados grupos de seres humanos.

Aprofundando ainda mais suas reflexões, os alunos viram-se expostos a inevitáveis comparações de seus próprios valores com as culturas diferentes, tanto das comunidades como das equipes de saúde com quem interagiram.

Em particular, as visitas domiciliárias, realizadas em conjunto com Agentes Comunitários de Saúde, suscitaram reflexões por vezes narradas com emoção, durante as entrevistas, sobre a realidade dos menos favorecidos (infelizmente maioria na busca aos cuidados básicos e públicos de saúde). A partir destas experiências (narradas em portfólios e compartilhadas verbalmente), os alunos declararam entender a visão do paciente na sua complexidade, mais ainda: puderam enriquecer sua visão sobre o "ser médico", alguns inclusive considerando este campo como uma possibilidade de prática futura de sua profissão. É, também, muito gratificante documentar que muitos refletiram sobre suas próprias vidas e seus papéis na sociedade...

No contexto da Instituição na qual foi realizada a pesquisa, os resultados permitem concluir que é possível a construção de um currículo de medicina coerente com os princípios propostos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, a partir da formação de estudantes capazes de atuar em diversos espaços de cuidado à saúde, integrando a informação científica ao treinamento de habilidades práticas e que, além de envolver o aluno no processo de construção do conhecimento, objetivando uma formação crítica e reflexiva, promova a humanização de suas práticas e de sua vida, como um todo.

A partir destas reflexões podemos ressaltar a importância da inserção longitudinal dos estudantes na comunidade, podendo acontecer também em um currículo "tradicional", o afastamento do biologicismo flexneriano, em

direção a uma formação humanística visando o entendimento integrado paciente, o compromisso social, que nem os laboratórios, as enfermarias e os ambulatórios dos hospitais escola permitem vivenciar, que só acontece no contexto real da vida das pessoas, onde os futuros profissionais irão atuar.

A título de consideração última, este trabalho, em face dos resultados objetivos, passa a revestir-se, embora algo despretenciosamente, em uma possibilidade para que escolas médicas que inserem longitudinalmente seus alunos em campos de prática assumam formalmente a humanização do ensino médico nos objetivos destas atividades, valorizando, avaliando e aprimorando, nestes cenários privilegiados, esta dimensão tão importante da competência profissional: a humanização, ou seja, um ser humano complexo interagindo e cuidando de um outro ser tão humano como ele.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. *Dicionário de filosofia.* Rio de Janeiro, Martins Fontes, 2003.

ALMEIDA, M. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança.* Londrina. Ed. UEL, Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ALVARENGA, G.M. Portfólio: o que é e a que serve? Olho Mágico, 8(1): 19-21. 2001.

ALVES, L.P. Portfólios como instrumentos de avaliação dos processos de ensinagem. UNERJ. 2000.

ALVES-MAZZOTTI, A.J. O método nas ciências naturais e sociais. In ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSSEZAJDER, F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa qualitativa e quantitativa. São Paulo (SP); Pioneira; 1998.109 p.

AMARO, S. Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre: AGE, 2003.

ARAÚJO, M.R.N. *A saúde da família: construindo um novo paradigma de intervenção no processo saúde – doença.* 1999. 180p. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo*, São Paulo.*

BAREMBLITT, G. Que se entende por humanidade e humanização? In:Baremblitt, G. Manual de orientação do agente multiplicador. Belo Horizonte (MG): PNHAH Regional Centro Oeste; 2001.

BLACKBURN, S. Dicionário Oxford de Filosofia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

BETTS, J. (2004). *Considerações sobre o que é humanizar.* Disponibilidade:<www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>Acesso em: dez. de 2007.

BRANDÃO, J.L. *Doentes, Doença, Médicos e Medicina em Luciano de Samósata*. Cad. Hist. Fil. Ci. 2(2): 145-64. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional da Assistência Hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Superior. *Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação.* Brasília, 2001. Disponível em: www.mec.gov/Sesu/diretriz.shtm. Acesso em: 12/12/2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Superior. Lei de *Diretrizes e Bases da Educação Nacional.* Brasília, 2006. Disponível em: www.mec.gov.br/sesu .Acesso em: 02/05/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Conduta Médica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde I. O SUS pode ser seu melhor plano de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização*: *documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde. Brasília, 2004. 54p.

BRASIL. Mais recursos para a atenção básica. Saúde Brasil, Brasília, DF, n.96, p.6, maio 2004a.

BRASIL. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 mar. de 2006b.

BRASIL. Portaria MS/SAS nº 304, de 2 de julho de 1992. Aprova que a visita domiciliária para o Programa Saúde da Família (PSF) deve ser realizada por profissional de nível médio ou superior. DOU:3-7-1992

BOULOS, M. – Objetivos educacionais do ensino médico. In: Metodologia Educacional do Ensino Médico.Doc. CEDEM,1994. p. 45-54.

BYRNE, N. & ROZENTHAL, M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. Educación Médica y Salud. 28 (1): 53-93.1994.

CAMPOS, G.W.S. Reforma da Reforma, repensando a saúde; HUCITEC, S. Paulo, 1992.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev. Latino-American.Enferm.13 (1): 105-11 jan./fev. 2005.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO. 2001. 113-126 p.

CRUZ, K.T. A formação médica no discurso da CINAEM. 2004. 352 p. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CUNHA, M.I. *Ensino como mediação da formação do professor universitário.* In: MOROSINI, M.C. (Org). Professor de Ensino Superior: identidade, docência e formação. 2 ed. Ampl. Brasília: Plano. 2001. 79-92 p.

DAVIS-FLOYD,R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics. v. 75. Chicago, 2001. 5- 23p.*

DELORS, J. et al. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da comissão internacional sobre educação para o século XXI. São Paulo: Cortez, 2000.

DEMO, P. Desafios modernos da educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

DELUMEAU, J. A Civilização do Renascimento**,** Lisboa, Editorial Estampa, I, 1984. 23 p.

DESLANDES, S. org. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro; Ed. Fio Cruz; 2007.

DILTHEY, W. – La Liberación de Espirito de los Pueblos Modernos por el Humanismo y la Reforma. Historia de la Filosofia. 2ª ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1979. 105-111 p.

ENTRALGO, P. *Laín. Vida, Obra y Persona de Gregório Marañón. In: MARAÑÓN. Obras Completas.* Tomo I. Madrid: Espasa-Calpe, 1965.

EPSTEIN, R.M.; HUNDERT, E.M. Defining and assessing professional competence. JAMMA. 287(2): 226-35. 2002.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário Aurélio: dicionário da língua portuguesa*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, J.R. Avaliação prospectiva da educação médica. Educ. Med.Salud.; 20 (1). 1986.

FEUERWERKER, LCM; SENA, R A. Construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. *In:* Almeida MJ, FEUERWERKER, LCM; LLANOS, MA. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999. 47-83 p.

FEUERWERKER, LCM. *Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados.* São Paulo: Editora Hucitec/Londrina: Rede Unida/ Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.

_____. *Reflexões sobre experiências de mudança na formação de profissionais de saúde.* Olho Mágico, Londrina, v.10, n.3, p. 21-26, 2003.

FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canada. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: *saberes necessários à prática educativa.* 31a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

_____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. Pedagogia da autonomia: *saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FEPAFEM – Federação Panamericana de Faculdades de Medicina (Chaves, M. & Rosa, A. R., Orgs) 1990. Educação Médica nas Américas: O desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez. 209p.

GALLI, A Argentina: transformación curricular. Educación Medica y Salud, 23.(4): 344-53. 1989.

GALLIAN, D. A (re) humanização da medicina, Psiquiatria na Prática Médica, Unifesp/EPM, 34(4). 2001/2002.

GAMBOA, S.S. Epistemologia de Educação Física:as inter-relações necessárias. Maceió: EDUFAL, 1997.

GARCIA-MANZO, N.T. Humanismo y medicina. Rev. Med. IMSS (31): 33-36. 1993.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDENBERG, M.A. Arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GREENHALGH, T.; TAYLOR, R. How to read a paper: papers that go beyond numbers (qualitative research). BMJ; 315(7): 40-43.1997.

GROSSEMAN, S.; PATRICIO, Z.M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a promoção da educação médica. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro. 28 (2) maio/ago 2004.

HERNÁNDEZ, O.M.N. – Humanismo y ciência médica. Uma falsa dicotomia. Rev. Med. IMSS, (33): 1-8, 1995.

HOSSNE, W.S. Educação Médica: Nem onipotência, nem impotência – Flexibilidade e Humanística. Rev. Bras. Educ. Médica. 17 (1): 1-40. 1993.

JAEGER, W. *A Medicina como Paidéia*. In: _____, *Paidéia, a Formação do Homem Grego*. São Paulo: Martins Fontes, 1986. 687-725 p.

KOYRÉ, A. *Estudos de história do pensamento científico*. Editora Forense Universitária, Rio de Janeiro. Kurtweil R 2003. Ser humano. Versão 2.0. *Caderno Mais. Folha de S. Paulo*, 23 (03): 4-9. 1991.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. Fundamentos da metodologia do trabalho científico. São Paulo : Atlas, 1993.

LALANDE, A. *Vocabulaire Technique et Critique de laPhilosophie*. Éditions PUF, Paris, 1988.

LE GOFF, J. Os Intelectuais na Idade Média. São Paulo, Brasiliense, 1993.

LEITE, A.J.M., CAPRARA, A., CAPRARA, J.M. Habilidades de comunicação com pacientes e familiares. São Paulo: Sarvier; 2007.

LEONI, M.G. Auto conhecimento do enfermeiro na relação terapêutica. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1996.

LOPES-QUINONES, Inés dei Pilar. Agentes comunitários del sector salud: perfil y proceso de capacitación en Colômbia. Washington, DC: OPS, 1999. (Série HCT/AIEPI-20. E).

LOWN, B. A arte perdida de curar, JSN editora, São Paulo,1997.

MAC WHINNEY, I.R. Primary care: core values in a changing world. British medical journal. (316): 1807-1809 jun. 1998.

MADRUGA, A. Aprendizagem pela descoberta frente a aprendizagem pela recepção - Artes médicas, (2): 68-78.1996.

MAIA, J.A. Formação Humanística no Ensino Superior em Saúde: Intencionalidades e Acasos. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S.H.; ABDALLA, I.G.(orgs). Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte & Ciência, 2005.

_____. O currículo no Ensino Superior em Saúde. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S.H.; ABDALLA, I.G.(orgs). Docência em Saúde: temas e experiências. São Paulo: Senac. 2004.102-133 p.

MARAÑÓN, G. *Vocación y Ética.* In: ANGUERA, J. y A. Oriol. *Obras Completas*. Tomo IX.Madrid: Espasa-Calpe, 1976.

MARINS, J.J.N. Os cenários de aprendizagem e o processo de cuidado em saúde: In: MARINS, J.J.N.; LAMPERT, J.B.; ARAÚJO, J.C.G. (Orgs.) Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. 97-108.p.

MARTINS, P. H. *Contra a desumanizacão da medicina:* críticas sociológicas das práticas médicas modernas. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003.

MATTAR, F.N. Pesquisa de Marketing, metodologia, planejamento. 5ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MATURANA, F. Uma nova concepção de aprendizagem. Revista Dois Pontos, Belo Horizonte. 2 (15):28-35 out./nov.1993.

MAZZA, M. P. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo. 4 (2): 60-68. 1994.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, R.; DONATO, A.F. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. Sanare, Sobral, 4(1): 39-42 jan./mar. 2003.

MERTENS, D. *IL pensieropolitico medievale.* Bologna: il Mulino, 1999.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. 6.ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1999.

MIRANDA, J.F.A.M. Educação Médica: estudo do impacto da adoção da estratégia de saúde da família no internato médico. 2003. 252p. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Católica de Petrópolis, Faculdade de Educação, Rio de Janeiro, 2003, 252p.

MOLINA, A; ALBUQUERQUE, M.C.; DIAS, E. Bioética e humanização: vivências e reflexões. Recife. EDUPE, 2003.

MORE, A.R. Medical humanities: a new medical adventure. N Engl J Med (295): 79-80.1976.

MORETTO, R.A.; MANSUR, O.F.C.; ARAÚJO, J.JR. Humanismo e Tecnicismo na formação médica. Rev. Bras.Educ. Médica. 22 (4):19-25 jan./abr. 1998.

MORIN, E. A cabeça bem feita, Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 2001.

MOROZ, M.; GIANFALDONI, M.H.T.A. O processo de pesquisa. Iniciação. Brasília. Plano Editora, 2002.

MOTTA, R.P. *Desempenho em equipes de saúde: Manual*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2001.

MULLER, S. citado em Ferreira, J.R. Formação de recursos humanos para a Medicina do ano 2000. *Rev. Bras. de Educação Médica (*7): 93-100.1983.

NEUFELD, V.R. & BARROWS, H.S. The 'Mc Master Philosophy': na approach to medical education, *Journal of Medical Education* (49): 1040-1050.1974.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Humanização na Saúde: a relação médico-paciente no microscópio. Revista Ser Médico, São Paulo. (18): 27-29. 2002a.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Pautas para capacitar em nutrición a trabajadores comunitarios de salud. Washington, DC, 1983.

OSLER, W. The Quotable Osler. American College of Physicians Philadelphia, 2008.

PALERMO, E. *Enfermos, médicos y Sociedades en la Historia*. Buenos Aires: Cientec, 1989.

PEABODY, F.W. The care of patient. *JAMA*. Chicago. (88): 877-882.1927. (Reimpresso em: *JAMA).* Chicago. 252(6): 813- 820.1984.

PEREIRA, E.M.A. Professor como pesquisador: o enfoque da pesquisa-ação na prática docente. In: GERALDI CMD,FIORENTINI D, PEREIRA EMA, organizadores. Cartografias do trabalho docente: professor(a)-pesquisador(a). Campinas (SP): Mercado de Letras; 1998.153-182 p.

PITZ, P.B.; VICENTE, V.C. La medicina de família como disciplina acadêmica y la atención primaria como entorno de aprendizaje. Aten Primaria. 34(8): 433-436. 2004.

QUEIROZ, M.S.; VIANNA, A.L. Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, 26(2): 132-140 abr.1992.

REDE UNIDA*. Sobre a proposta de diretrizes curriculares para a medicina*. Olho Mágico (5): 11-3. 1999.

REGO, S. Currículo paralelo em Medicina, experiência clínica e PBL: uma luz no fim do túnel? Interface. 2(3): 35-48.1998.

SÁ-CHAVES, I. Portfólios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão. Aveiro(Po): Universidade; 2000.

SAEKI, T.; MUNARI, D.B.; ALENCASTRE, M.B.; SOUZA, M.C.B. Reflexão sobre o ensino de dinâmica de grupo para alunos de graduação em enfermagem. Rev. Esc. Enfermagem USP. 33(4): 7-342 dez.1999.

SCHRAIBER, L.B. Planejamento, gestão e avaliação em saúde\; identificando problemas. Ciênc. Saúde Coletiva, (4): 221-42.1999.

SILVA, J. A.G. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; 1998.

SILVA, T.T. Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo. 2 ed. Belo Horizonte, MG: Autêntica; 2004.

SILVA , M. J.P. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 2002.

SILVA , M. M. Revista Acta Urológica , 24(1): 9-10. 2004.

SILVEIRA, R.P.; DOHMS, M.C. A Medicina de Família e Comunidade e o ensino de graduação em medicina. Metodologias ativas de Ensino/Aprendizagem 24 Rev Bras Med Fam e Com Rio de Janeiro, Suplemento 01 – 2006.

SIQUEIRA, J.E. Universidade: uma ponte para o futuro, in A Universidade Possível de Márcio Almeida, Cultura Editores Associados, S. Paulo, 2001.

SILVERMAN, M.E. (Ed). The Quotable Osler. Philadelphia: American College of Physicians, 2008.

SOUZA MELO, J.M. *A Medicina e sua História*. Rio de Janeiro: EPUC, 1989.

STARFIELD, B. Atenção primária- equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, (28) UNESCO Brasil, 2002.

SZYMANSKI, H. (Org.) A entrevista na pesquisa em Educação: arática reflexiva. Brasília: Plano Editora, 2002.

TAPAJÓS, R. Introducing the arts into medical curricula. Interface 6(10): 27-36. 2002.

THIOLLENT, M. Metodologia de pesquisa-ação. 4 ed., São Paulo:Cortez/Autores Associados, 1988.

THORWALD, J. *O Segredo dos Médicos Antigos*. São Paulo: Melhoramentos, 2ª ed., 1989.

TRONCON, L.E., Cianflone, A.R., Mart in, C.C. Conteúdos humanísticos na formação geral do médico in Educação Médica de Eduardo Marcondes e Ernesto Lima Gonçalves, Sarvier, S. Paulo, 1998.

VERGARA, S.C. Métodos de pesquisa em administração.São Paulo: Atlas, 2000.

VILLAS BOAS,B.M.F. Portfólio, avaliação e trabalho pedagógico. 3a ed. Campinas (SP): Papirus. 2004.

WALDOW, V. R. *Cuidado Humano: o resgate necessário*. Porto Alegre. Ed. Sagra Luzzatto, 1998. 204 p.

ZARIFIAN, P. Objetivo competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

ANEXOS

Anexo I

UNIFESP PAULISTA

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 7 de dezembro de 2007
CEP 1896/07

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) MARIA LUISA FARIA MAKABE
Co-Investigadores: Paulete Goldenberg (orientador)
Disciplina/Departamento: CEDESS da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **"A concepção discente a respeito do programa de integração em saúde na comunidade (PISCO) na formação ético-humanistica dos estudantes do curso médico da universidade cidade de São Paulo - UNICID".**

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional - entrevista.
RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, sem procedimento invasivo.
OBJETIVOS: Estudar como o Programa de Integração em Saúde na Comunidade influencia na formação ético-humanística do aluno de medicina da Universidade Cidade de São Paulo.
RESUMO: Participarão do estudo os estudantes de medicina da UNICID, do primeiro ao quinto semestre. Será utilizado um questionário, como instrumento de coleta de dados, para investigar, na ótica dos discentes, a relação médico-paciente após a experiência do contato da comunidade vivenciada no PISCO, a relação do aluno com o paciente, como pessoa e a influência do PISCO na relação com o paciente. O questionário a ser utilizado será previamente estado com um grupo de 10 alunos do 6º semestre, período que não será objeto do presente estudo..
FUNDAMENTOS E RACIONAL: A UNICID adota o Programa de Integração em Saúde na Comunidade (PISCO) que insere o aluno, desde o início do curso, em atividades de atenção à saúde na comunidade, e insere docentes e discentes em um trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, juntamente com trabalhadores da rede pública dos serviços de saúde e com a comunidade da área de referência. Este estudo visa estudar o PISCO na formação do aluno de medicina da UNICID.
MATERIAL E MÉTODO: Descreve os procedimentos, apresentando os questionários a serem aplicados. Apresenta a autorização da UNICID para a realização da pesquisa.
TCLE: Adequado, contemplando a resolução 196/96.
DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo.
CRONOGRAMA: 12 meses.
OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado.
ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: **6/12/2008** e **6/12/2009**.

Rua Botucatu, 572 - 1º andar – conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil
Tel.: (011) 5571-1062 - 5539.7162

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

CEP 1896/07

Anexo II

São Paulo,15 de outubro de 2007.

Ao Prof. Dr. José Lúcio Martins Machado

Coordenador do Curso Médico da UNICID

Prezado Professor:

Venho por meio desta solicitar a V.Sa. autorização para realizar a coleta de dados de campo de uma pesquisa que será objeto de Dissertação entitulada "A concepção discente a respeito da influência do Programa de Integração em Saúde na Comunidade (PISCO) na formação ético- humanística dos estudantes do curso de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo - UNICID)" a ser defendida no Programa de Pós-Graduação (Mestrado) do CEDESS (Centro do Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde) da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), no qual estou regularmente matriculada.

A coleta dos dados da pesquisa será realizada por intermédio de entrevistas de estudantes do Curso Médico da UNICID, e será orientada pelo Prof. Dr. José Antonio M. Maia da Almeida, docente da UNIFESP e também da UNICID.

Informo também que a presente autorização é um pré-requisito à submissão do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNICID, sem a qual não será iniciada a fase de obtenção dos dados de campo.

Certo da anuência de V.Sa., coloco-me à sua disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários. Esclareço que o trabalho será apresentado a V.Sa. antes da entrega ao Programa de Mestrado. Manifesto, também, meu desejo de que a pesquisa possa aprimorar ainda mais o

processo de formação de nossos estudantes, em particular no âmbito do PISCO, componente curricular de tão expressiva relevância.

Atenciosamente

Maria Luisa Faria Makabe

Profa. Maria Luisa Faria Makabe

Docente do PISCO do Curso Médico da UNICID

Ciente: _____

Prof. Dr. José Antonio M. Maia de Almeida

Orientador

De acordo

Prof. Dr. José Lúcio M. Machado
Diretor do Curso de Medicina
Universidade de São Paulo
UNICID

Anexo III

Carta Convite

Pesquisa: A concepção discente a respeito da influência do Programa de Integração de Saúde na Comunidade (PISCO), na formação ético-humanística dos estudantes do Curso Médico da Universidade Cidade de São Paulo – UNICID.

Caro estudante,

Este questionário faz parte de uma pesquisa para embasar minha Dissertação de Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde. A pesquisa tem por objetivo estudar como o Programa de Integração em Saúde na Comunidade (PISCO), influencia na formação ético-humanística do aluno do Curso Médico da Universidade Cidade de São Paulo.

Assim, solicito sua colaboração, participando desta pesquisa.

Caso aceite, preencha o questionário, leia e assine as duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Uma cópia do TCLE acompanha o questionário e a outra é sua.

Desde já agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Maria Luisa Faria Makabe
Mestranda em Ensino em Ciências da Saúde- CEDESS - UNIFESP
E mail: mmakabe@cidadesp.edu.br

Anexo IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: A concepção discente a respeito da influência do Programa de Integração de Saúde na Comunidade (PISCO), na formação ético-humanística dos estudantes do Curso Médico da Universidade Cidade de São Paulo – UNICID.

Os dados desta pesquisa serão coletados mediante respostas a um questionário, sendo possivelmente realizadas entrevistas a seguir, que serão gravadas e transcritas pela pesquisadora.

As informações serão analisadas em conjunto com as dos demais entrevistados (as), não sendo divulgada a identificação de nenhum depoente. O sigilo será assegurado em todo o processo da pesquisa bem como no momento da divulgação dos dados por meio de publicações em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável pelo estudo para esclarecimento de eventuais dúvidas. A investigadora se chama Maria Luisa Faria Makabe, que pode ser encontrada no endereço Rua Borges Lagoa, 1341, térreo – CEDESS (Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde) / UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), telefone (11) 5549-0130 e 5549-2398.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre 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 prejuízo.

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

Comprometo-me, como pesquisadora principal, utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo "A concepção discente a respeito da influência do Programa de Integração de Saúde na Comunidade (PISCO), na formação ético-humanística dos estudantes do Curso Médico da Universidade Cidade de São Paulo – UNICID".

Eu, abaixo assinado (a), discuti com a pesquisadora Maria Luisa Faria Makabe sobre a minha decisão em participar no estudo, A concepção discente a respeito da influência do Programa de Integração de Saúde na Comunidade (PISCO), na formação ético-humanística dos estudantes do Curso Médico da Universidade Cidade de São Paulo – UNICID. Ficaram claros 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 do acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o 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.

CIENTE,

Nome do(a) participante	Assinatura	Data
		__/__/2008

Declaro que obtive deforma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste (a) participante do presente estudo.

Pesquisadora: Maria Luisa Faria Makabe

ANEXO V

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA I

Dados Pessoais:

Idade: Sexo: Etapa:

1. Em algum momento até hoje você necessitou ser atendido em alguma Unidade Básica de Saúde (exceto para vacinações)?

( ) SIM ( ) NÃO

2. Se SIM, por qual motivo?

3. Em algum momento de sua vida (fora do PISCO) você teve oportunidade de visitar lugares socialmente menos favorecidos como: favelas, cortiços, entre outros?

( ) SIM ( ) NÃO

4. Se SIM, por qual motivo, ou para qual atividade?

5. Caso SIM, o que a experiência representou para as suas reflexões sobre a sua futura prática médica?

6. Você tinha algum conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde e sobre o Programa de Saúde da Família (PSF), antes de ingressar no curso médico?

   ( ) SIM ( ) NÃO

7. Quais foram os seus professores do PISCO até o presente momento?

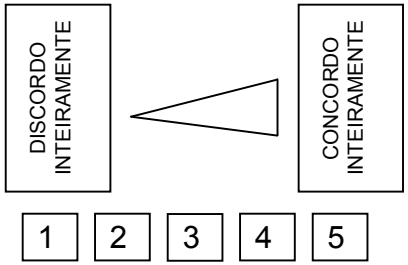
Anexo V (cont)

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA II

A partir do início desta década, a formação médica é regulamentada por uma resolução do MEC intitulada "Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), para os Cursos de Graduação de Medicina". Este documento recomenda que os profissionais da medicina tenham uma formação "generalista, humanista, crítica e reflexiva."

Dentro deste contexto, e focando a humanização de sua futura prática médica, opine sobre as seguintes afirmações contidas na próxima página, assinalando um X no número que melhor corresponde ao seu nível de concordância, atualmente.

Os níveis de concordância são:



FRASES					
1. A minha vivência no PISCO ampliou a compreensão do que entendo do SUS e PSF, na atenção à saúde da população.	1	2	3	4	5
2. A partir de minha vivência no PISCO eu pensei que poderia trabalhar futuramente no SUS.	1	2	3	4	5
3. A experiência de trabalho em uma UBS, com uma equipe multiprofissional fez-me valorizar minha futura prática médica.	1	2	3	4	5
4. A minha vivência no PISCO teve pouca influência no modo de relacionar-me com pessoas socialmente menos privilegiadas.	1	2	3	4	5
5. A aprendizagem através de contato com as situações de prática propostas pelo PISCO, estimularam-me a desenvolver uma visão integral da pessoa, inserida no contexto familiar e social.	1	2	3	4	5
6. Em minha opinião, pude perceber que o PISCO pretende formar profissionais capazes de prestar atendimento integral e humanizado, trabalhar em equipe, compreendendo a realidade em que vive a população e conseqüentemente suas necessidades de saúde.	1	2	3	4	5
7. Nas visitas domiciliárias percebi que a atenção está centrada na família, o que possibilita aos estudantes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença que vai além das práticas curativas.	1	2	3	4	5
8. Nas visitas domiciliárias, percebi a importância do estudante conhecer quem são e como vivem as pessoas, para uma visão mais humana da realidade.	1	2	3	4	5
9. A experiência proporcionada na realização da visita domiciliária leva-me a pensar que, de acordo com a DCN, o currículo da Faculdade preocupa-se com a formação humanística do estudante.	1	2	3	4	5
10. Hoje em dia sinto-me mais “humano” ao participar de ações preventivas e programas educativos na comunidade, em comparação com a minha postura no início do curso da faculdade.	1	2	3	4	5
11. Sinto-me mais motivado ao iniciar, na quinta etapa, o ambulatório, com uma visão integral da pessoa, inserida no contexto familiar e social e não somente a doença.	1	2	3	4	5
12. A oportunidade de desenvolver vínculos afetivos com a comunidade e a equipe multiprofissional, estimulou-me a uma relação pessoal muito mais humana, o que me permite ser um médico melhor.	1	2	3	4	5
13. A experiência vivenciada por mim no PISCO não interferiu de maneira importante na minha formação humanística.	1	2	3	4	5
14. Se o PISCO fosse uma atividade eletiva no curso da UNICID, eu me matricularia no programa.	1	2	3	4	5

Anexo VI

ROTEIRO GERAL DE ENTREVISTA

1- O que você entende por uma prática humanizada no cuidado de pessoas pelos médicos?

2- Baseado(a) na sua experiência no PISCO, em que atividade a prática humanizada ocorreu?

3- Defina em poucas palavras o que é o PISCO para você, e como contribuiu na sua formação como futuro(a) médico(a) e como ser humano.

4- De que forma a situação social das famílias visitadas provocou mudanças na sua visão da relação do paciente?

5- Você acha que haveria alguma diferença em sua formação se não existisse o PISCO no currículo da Faculdade? Em que sentido?