

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

LUCIA REGINA DE JESUS RAMOS

A Comunicação na Formação Médica: Uma Experiência no Programa de Saúde da
Família

Rio de Janeiro

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LUCIA REGINA DE JESUS RAMOS

A Comunicação na Formação Médica: Uma Experiência no Programa de Saúde da
Família

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora Prof^ª Dr^ª Adriana Cavalcanti de Aguiar.

Rio de Janeiro

2007

LUCIA REGINA DE JESUS RAMOS

A Comunicação na Formação Médica: Uma Experiência no Programa de Saúde da
Família

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá como requisito parcial para
a obtenção do grau de Mestre em Saúde
da Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Adriana Cavalcanti Aguiar
Universidade Estácio de Sá

Prof^a Dr^a Valéria Ferreira Romano
Universidade Estácio de Sá

Prof^a Dr^a Marilene Cabral do Nascimento
Universidade Estácio de Sá

Prof^a Dr^a Lizete Macarios
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Aos meus pais,
Elpídio e Regina,
e para os meus filhos,
Gabriel, Cláudia e André,
tudo em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Prof^a Dr^a Adriana Cavalcanti de Aguiar pela orientação recebida.

Ao Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro, pela amizade e pelos conhecimentos transmitidos neste curto espaço de tempo.

Aos meus colegas e amigos Sérgio Cabral, Leila Francisco, Maria Tereza, Marilene Cabral e Carmem Adilia, pelo generoso apoio ao longo deste percurso.

À Prof^a Luciana Borges, pela atenção e discussões técnico-científicas.

À Prof^a Sheila P. Silva e Souza, pela disponibilidade e orientações teóricas que foram imprescindíveis para a conclusão deste estudo.

Aos amigos e colegas, que vinculados ou alheios à pesquisa científica, de algum modo apoiaram e incentivaram a realização deste trabalho, a minha gratidão.

RESUMO

Este trabalho teve como objeto de estudo a comunicação de internos de medicina com usuários de uma Unidade de Saúde da Família. A comunicação foi analisada enquanto veículo das práticas médicas desenvolvidas pelos estudantes. Metodologicamente foi realizado através da pesquisa qualitativa, utilizando a observação e entrevistas semi estruturadas, com quatro alunos do décimo e do décimo primeiro períodos do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá. A partir de dois modelos de concepção saúde-doença (médico-centrado e paciente-centrado), o estudo discute o ensino e a prática na Unidade da Saúde da Família como cenário de ensino-aprendizagem. Observamos na comunicação dos alunos, oscilações na utilização dos modelos médico-centrado e paciente centrado, e discutimos possíveis correlações entre os cenários de ensino e as oscilações observadas.

Palavras-chave: Comunicação. Práticas Médicas. Saúde da Família.

ABSTRACT

The main goal of this paper is to study the communication skills of graduate medical students during their internship rotation at the Family Medicine Ambulatory (Lapa Campus). Communication was evaluated while the main vehicle to the development of medical procedures by the students. Methodology comprised a qualitative research, utilizing observational techniques and the performance of interviews with four interns at the 10th and 11th periods of the medical course at Universidade Estácio de Sá. The work approaches the degree of insertion of the interns into the Family Medicine Unit, disclosing the distribution of students between two action models observed: Patient centered X Doctor centered. Additionally the study discusses the education on medical practice skills in the Family medicine Unite while a scenario for the teaching- learning process.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | MODELO BIOMÉDICO, FERRAMENTAS, COMUNICAÇÃO E A PRÁTICA MÉDICA | 15 |
| 2.1 | A PRÁTICA E O DISCURSO MÉDICO NO MODELO BIOMÉDICO | 17 |
| 3 | A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA | 21 |
| 4 | FORMAÇÃO MÉDICA TRADICIONAL E PRÁTICA ASSISTENCIAL | 27 |
| 4.1 | A FORMAÇÃO DA IDENTIDADE MÉDICA | 29 |
| 4.2 | AS TENDÊNCIAS DE MUDANÇAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA E A HOMOLOGAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES | 32 |
| 4.3 | AS MUDANÇAS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL | 35 |
| 5 | A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO EIXO CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ | 38 |
| 6 | JUSTIFICATIVA | 44 |
| 7 | OBJETIVO DO ESTUDO | 45 |
| 8 | METODOLOGIA | 46 |
| 8.1 | OPÇÕES METODOLÓGICAS E CONCEITUAIS | 46 |
| 8.2 | CAMPO DE ESTUDO | 46 |
| 8.3 | A POPULAÇÃO DA PESQUISA | 48 |
| 8.4 | ASPECTOS DA COLETA E REGISTRO DOS DADOS | 50 |
| 8.5 | ANÁLISE DOS DADOS..... | 52 |
| 9 | O PERFIL DOS INTERNOS E DE SUA COMUNICAÇÃO COM OS USUÁRIOS | 53 |
| 9.1 | PERFIL SUBJETIVO DOS INTERNOS..... | 53 |
| 9.2 | APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS | 54 |

| | | |
|-----|--|----|
| 9.3 | A INTERAÇÃO CENTRADA NO PROFISSIONAL | 56 |
| 9.4 | A INTERAÇÃO CENTRADA NO PACIENTE | 61 |
| 9.5 | A EXPERIÊNCIA DOS INTERNOS | 66 |
| 9.6 | O VÍNCULO | 67 |
| 9.7 | A EMERGÊNCIA DE SITUAÇÕES DESCONFORTÁVEIS | 68 |
| 9.8 | A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL | 69 |
| 9.9 | TRABALHANDO COM ESTUDANTES DE OUTROS CURSOS: EXPERIMENTANDO A MULTIDISCIPLINARIDADE | 72 |
| 10 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 74 |
| | REFERENCIAS | 80 |
| | APÊNDICE A – Termos de consentimento | 85 |
| | APÊNDICE B – Roteiro da entrevista | 86 |

1. INTRODUÇÃO

As dificuldades de comunicação entre médicos e pacientes tem sido objeto de estudo e de debates em diversos fóruns, especializados ou não. No livro *O médico e o paciente: uma breve história de uma relação delicada*, o jornalista J. C. Ismael (2002) dedica ao tema um capítulo intitulado “Comunicação: o problema”. Analisando textos de profissionais de saúde e de Sociologia, ele observa a pouca disponibilidade dos médicos para estabelecerem com as pessoas a quem atendem relacionamentos baseados na participação e na colaboração. A comunicação “pobre” segundo o autor, seria sintoma de frustração tanto para os médicos, quanto para os pacientes, refletindo o desequilíbrio entre os saberes técnicos e leigos, e demonstrando a dificuldade dos pacientes para se expressarem na presença dos médicos de forma livre e espontânea.

Críticas emergem também no meio acadêmico. No livro *Compliance: a relação médico-paciente*, sobre o sucesso das prescrições médicas, os professores de Farmacologia Luiz Gonçalves Paulo e Carlos Zanini (1997) sugerem que a qualidade do relacionamento médico-paciente é, de certo modo, independente da capacidade técnica do médico. A competência técnica, dizem, baseia-se no diagnóstico correto e na terapêutica eficaz, mas boa parte do sucesso dos tratamentos depende do relacionamento, da qualidade da comunicação, da confiança e da atitude participativa dos pacientes nos mesmos. São muitos os autores, como Balint (1988), Perestrello (1982) e Maldonado (1997), que estudaram a influência da relação médico-paciente na evolução dos tratamentos em diferentes áreas da Medicina, tema amplamente discutido dentro e fora dos círculos médico e acadêmico. As queixas sobre as falhas na comunicação entre profissionais e leigos

parecem apontar para algo mais complexo e profundo do que a simples dificuldade de estabelecimento de relações cordiais e afáveis entre médicos e pacientes. Ao procedermos a uma revisão sobre o tema, percebemos que a relação insatisfatória está diretamente relacionada às práticas e condutas médicas exercidas pelos profissionais, e que se expressam através da comunicação, sendo mediadas por ela. Esta percepção foi o fio condutor da coleta e da análise dos dados nesta pesquisa que adota como premissa a importância da comunicação na relação médico-paciente e a influência da formação profissional do estudante de medicina no seu desenvolvimento.

A comunicação na ação médica não se limita à transmissão verbal de orientações durante as consultas. A literatura demonstra que ela engloba outros atos e atitudes, como a interação com parentes e familiares, a emissão de atestados e de laudos, a realização de perícias e preenchimento de prontuários. Um fato peculiar sobre a comunicação dos médicos diz respeito à escrita ininteligível da classe, a famosa “letra de médico”, que pode provocar erros, iatrogenias, e pôr em risco a vida e o bem estar dos pacientes. Inclusive, em função do compartilhar segredos que lhes são confiados no exercício da profissão, a comunicação entre médicos e pacientes tem importantes conseqüências no âmbito da ética profissional.

É provável que parte da explicação para a problemática comunicação na área da saúde resida na formação médica tradicional, centrada no modelo biomédico ou biomedicina, como será aprofundado posteriormente. O ensino médico brasileiro é, até os dias de hoje, predominantemente baseado nos princípios que nortearam o ensino médico norte-americano depois da reforma sugerida por Abraham Flexner, em 1910. As modificações propostas pelo *Relatório Flexner* embasaram a localização do ensino e da prática médica no laboratório e no hospital, o que

contribuiu para o fortalecimento da base experimental do ensino, mas também “fomentou a dicotomia entre as ciências básicas e a clínica, com evidente negligência dos aspectos humanos da educação e da prática médica” (AGUIAR, 2001, p. 71).

A escolha do hospital como cenário de excelência para o ensino da medicina introduz os estudantes no uso intensivo (e eventualmente abusivo) de tecnologia de ponta, em detrimento das relações interpessoais. Nos hospitais, métodos diagnósticos invasivos e caros (muitas vezes desnecessários) são regularmente utilizados, assim como são prescritos medicamentos de última geração, aos quais nem sempre os pacientes podem ter acesso fora do âmbito hospitalar. O discurso profissional, nesse contexto, costuma ser autoritário, hierarquizado, altamente especializado e recheado de jargão técnico, que pode dificultar a compreensão das orientações orais e dos registros escritos em prontuários e receitas. Nas comunicações escritas é comum a utilização de abreviaturas e de siglas (não necessariamente padronizadas pela literatura especializada) o que dificulta a compreensão da leitura por leigos. Mergulhados nesse contexto, os estudantes adquirem conhecimentos teóricos e técnicos fragmentados, cada vez mais especializados, que conduzem a um gradativo desinteresse pelos fatos corriqueiros da vida das pessoas que entrevistam e examinam.

A operação da diagnose na biomedicina, que é ensinada aos alunos quando iniciam o estudo da propedêutica está dividido em anamnese e exame físico. A anamnese consiste tipicamente na aplicação de um roteiro padronizado que passa pela anotação de alguns dados de identificação sociodemográficos – como idade, profissão, cor, naturalidade e nacionalidade dentre outros, e os voltados para o relato das queixas, dos sintomas, e das doenças que possam estar relacionados ao

diagnóstico que se pretende elaborar (CAMARGO J. R., 1997). As conversas espontâneas e não dirigidas, comuns entre os estudantes iniciantes e os pacientes, são gradativamente substituídas pela “anamnese”. No relato das pessoas, o que aflige e dói vira “queixa principal”; os eventos do momento se transformam na “história da doença atual”; e do rico acervo das lembranças e experiências vividas os alunos são ensinados a interessarem-se principalmente pelas “patologias progressas”. Na medida em que avançam no conhecimento da Propedêutica e da Clínica, os estudantes se transformam em tradutores que resignificam a fala dos doentes, ao mesmo tempo em que se apossam de uma nova linguagem, o “discurso médico”. Os pacientes apresentam agora cefaléias, e não mais dores de cabeça; as epigastralgias substituem as dores no estômago, e tristeza passa a ser sinônimo de depressão. O exame clínico ocupa todo o espaço possível de contato físico entre os médicos e os pacientes. Auscultar, apalpar e percutir, com o objetivo de diagnosticar, é permitido e incentivado; porém tocar para demonstrar afeto, compartilhar emoções e consolar, ocorre apenas ocasionalmente.

“O estudante de medicina parece sair da faculdade sem ter a noção de que o paciente é um ser humano semelhante a ele, médico” (PERESTRELLO,1982). O treinamento excessivamente técnico que recebem ao longo do curso, o contato diário com o discurso médico mecanicista e reducionista associado à tendência de identificação dos estudantes com os docente-médicos nos hospitais e ambulatórios que freqüentam parecem estar implicados nesse estranhamento.

No desejo de serem aceitos pela comunidade médica, os alunos parecem experimentar um processo denominado pela sociologia de “aculturação”, no qual os membros de uma cultura assimilam os valores de outra, que a domina, ou da qual desejam fazer parte. A identidade médica seria formada na convergência entre o

que é aprendido durante as aulas, e pelo que é apreendido, observado e copiado pelos corredores da faculdade e dos hospitais. Os estudantes imitam não só o que os professores dizem, não só o que eles fazem, mas também o que apreendem através do exemplo. “O adolescente estudante de medicina é particularmente sensível ao modelo fornecido pelo grupo, e sua identidade pessoal e médica é o resultado de uma série de identificações, somadas às suas características básicas” (ZAIHAF, 1990, p. 150).

Esses mecanismos subjetivos, sociais e psicológicos são estimulados pelo “currículo oculto” da escola de Medicina, conceito que abrange o que pode ser aprendido na escola, como valores, atitudes, comportamentos, ainda que não esteja definido como conteúdo explícito pelo currículo convencional (REGO, 2003). Assim os estudantes vão modificando a atitude, o comportamento e a maneira de falar, o que é esperável, não chegando a constituir uma questão relevante, se tais mudanças fossem alvo de reflexão crítica dos alunos sobre o próprio comportamento.

Para estudiosos da conduta e do discurso médico, a medicina espera dos médicos o mesmo que estes esperam dos seus pacientes: “que calem os seus sentimentos, as suas emoções, abrindo assim mão da sua subjetividade” (CLAVREUL, 1983, p. 49). E a limitação da subjetividade deve estar relacionada ao esforço que esses profissionais fazem para dissimularem emoções e afetos que porventura surjam do seu encontro com os pacientes e seus familiares. Em momentos nos quais a proximidade poderia auxiliar tanto o médico quanto o paciente a enfrentarem o medo, a angústia e o desconforto que as doenças e a morte provocam, ocorre um afastamento em que todos são potencialmente perdedores.

O presente estudo teve como premissas em primeiro lugar o fato de que as práticas e as atitudes médicas se expressam e são mediadas pela comunicação. É provável que as reclamações dirigidas à comunicação dos médicos estejam traduzindo a insatisfação dos pacientes com condutas e ações profissionais excludentes, autocentradas e conforme comentado no parágrafo anterior, com diminuição do afeto e da subjetividade. A segunda premissa está relacionada à possibilidade de transformar as experiências dos estudantes de medicina através da incorporação de cenários de ensino-aprendizagem inovadores e criativos, que estimulem a percepção e a aquisição de habilidades de comunicação. Este estudo pretende contribuir para a ampliação dos conhecimentos sobre este tema, no contexto das transformações por que passa a educação médica no Brasil.

Nos capítulos seguintes abordarei o modelo biomédico que serve de base para a prática médica tradicional; o contexto atual das mudanças na atenção à saúde desencadeada pela Reforma Sanitária Brasileira e pela Estratégia da Saúde da Família; as características da Formação Médica tradicional, e as possibilidades de superação; a utilização de Unidades de Saúde da Família como cenário de ensino-aprendizagem, e a proposta pedagógica do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá, com ênfase na relação médico-paciente.

Em seguida apresentarei as opções metodológicas para estudar experiências concretas de alunos de medicina na aprendizagem e aplicação da comunicação na prática médica. Por fim, relato os resultados obtidos e discuto suas conseqüências para a formação médica e para a atenção à saúde no contexto do SUS.

2. O MODELO BIOMÉDICO, FERRAMENTAS, COMUNICAÇÃO E A PRÁTICA MÉDICA

Foi longo o caminho percorrido entre a época em que as pessoas correlacionavam a saúde e o aparecimento das doenças exclusivamente aos fenômenos da natureza, ao sobrenatural e à religião, e o momento em que a medicina apoiada nos avanços das pesquisas na área da Biologia, impusesse para esses fenômenos uma visão mecanicista e reducionista típicas do pensamento cartesiano. Neste pensamento “o processo do conhecimento opera na direção da síntese, da remontagem do objeto reduzido, na tentativa de restaurar o seu funcionamento” (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000, p. 24).

Uma visão social de mundo, assim como uma ideologia, não pode ser entendida sem que se compreenda como se correlacionam com o conjunto da vida social, com os aspectos históricos, políticos, religiosos e econômicos da época em que estão inseridas. O paradigma cartesiano, segundo o qual o funcionamento do corpo humano pode ser comparado ao funcionamento das máquinas, entendidos e analisado em função das suas peças, dominou em determinado momento da história da humanidade, a biologia e a medicina. Este predomínio ideológico influenciou fortemente o pensamento médico em relação aos conceitos de saúde e de doença, resultando no denominado Modelo Biomédico (CAPRA, 1982). A racionalidade biomédica conseguiu impor o seu sentido e o seu discurso, entre outros motivos, porque no início do século XIX o capitalismo já era uma força hegemônica na organização do mundo europeu. A estreita vinculação da Medicina com a Biologia, já deixava entrever o desenvolvimento de um complexo médico-industrial farmacêutico que estaria completamente inserido na produção e em harmonia, com a ideologia capitalista (DA ROS, 2004).

Em tal perspectiva o todo é considerado igual à soma das partes (MENDES, 1996). A visão mecanicista que deu origem à medicina do corpo e da lesão “foi impulsionada pelo avanço e pelo desenvolvimento de vários campos de conhecimento como a patologia e a histologia, que colocou a doença no centro do saber e da prática médica, que passou a ser exercida predominantemente no hospital” (CAMARGO J. R., 1997, p. 48). O eixo principal da história da medicina está vinculado ao da história das doenças e as lesões que as provocam: “tudo o mais é secundário, até mesmo o indivíduo que traz a doença [...] uma vez que o saber médico é um saber sobre a doença e não sobre o homem, que só interessa ao médico enquanto terreno onde a doença evolui” (CAMARGO J. R., 1997).

A racionalidade biomédica aceita a determinação da unicausalidade biológica das doenças, que se caracterizariam pelas lesões que provocam e pela busca da cura, tipicamente medicamentosas das mesmas. Para tanto, a biomedicina estimula e utiliza a incessante produção tecnológica do complexo médico-industrial farmacêutico composto por múltiplas e complexas inter-relações entre os diversos atores do setor saúde, e destes com os demais setores da economia (VIANNA, 2002, p. 375).

A prática e o discurso médico habituais, tema do próximo item a ser abordado, sofrem a influência da moldura acima descrita.

2.1 A PRÁTICA E O DISCURSO MÉDICO NO MODELO BIOMÉDICO

A visão naturalista de mundo dos cientistas da Antigüidade pode ser associada à restrição de instrumentos que lhes possibilitassem investigar e de tecnologias que lhes permitissem interferir nos fenômenos da natureza. Por conta disso, eles se limitavam a observar e a tentar compreender os fenômenos que os circundavam. O avanço do conhecimento científico principalmente nos campos da Física e da Astronomia, modificou essa visão naturalista e ajudou a estabelecer o método da investigação científica, baseado inicialmente nas leis da matemática. A natureza passou então a ser estudada através dos componentes que pudessem ser pesados e medidos. Para Capra (1982), nada mudou mais o nosso mundo do que a obsessão pela medição e pela quantificação. Segundo ele:

[...] perderam-se a visão, o som, o gosto, o olfato, e com eles foram-se também a sensibilidade estética e ética, os valores, a qualidade, a forma. Todos os sentidos, motivos, intenções, a alma e a consciência, o espírito. A experiência como tal foi banida do domínio científico. (LAING, 1982 apud CAPRA, 1982, p. 51)

O pensamento científico influenciado pelas leis da matemática, do qual René Descartes foi um dos principais representantes, contribuiu para a evolução do conhecimento e para o desenvolvimento em várias áreas do conhecimento humano.

As principais características da prática e do discurso médico, assim como em outras áreas do conhecimento científico, estão diretamente relacionadas às questões políticas e econômicas de cada momento histórico. O modelo médico hegemônico, como o conhecemos atualmente, com as suas características reducionistas e hospitalocêntricas, “desenvolveu-se a partir de recursos disponibilizados à assistência, centrados em conhecimentos especializados e em equipamentos, máquinas e fármacos oriundos do desenvolvimento tecnológico nesta

área” (FRANCO, T. B. & MERHY, E. E., 2006, p. 72). Este modelo é apoiado pela expansão do ensino clínico que se dá especialmente em hospitais, na ênfase na pesquisa biológica como forma de superação do ensino empírico, e pelo estímulo excessivo à especialização médica. Trata-se de um modelo de prática que está relacionado ao pensamento reducionista, que “na medicina separa o mental do somático, alimenta a especialização médica e secundariza o sofrimento psíquico, privilegiando o que pode ser biologicamente mensurado” (AGUIAR, 2001, p. 130). Tal reducionismo pode acarretar uma série de efeitos, na sua maioria indesejáveis e prejudiciais para a saúde dos indivíduos como, por exemplo, um enfoque exclusivo na cura em detrimento das abordagens de prevenção e de promoção da saúde.

Parece haver uma relação entre a concepção mecanicista, a ideologia capitalista e a abordagem médica excessivamente especializada. Esta última pretende justificar pela complexidade biológica do organismo humano, a produção e a utilização (muitas vezes desnecessária) de tecnologias que, por serem sofisticadas e caras, são muitas vezes inacessíveis à maior parte da população. Da Ros (2004), citando Almeida, correlaciona a prática médica com a transformação histórica do processo de produção econômica que determina em parte, como acontece com todos os componentes da sociedade, a importância, o lugar e a forma da medicina na estrutura social.

Da mesma forma o discurso utilizado na prática médica tradicional está relacionado à estrutura social e ao modelo biomédico hegemônico. O padrão de comunicação observado nos hospitais, entre médicos e pacientes, é freqüentemente autoritário, minimalista, hierarquizado e excludente, e segue suas próprias leis, impondo sua coerção aos doentes e aos médicos (CLAVREUL, 1983). Talvez por se acreditarem os únicos representantes legítimos da ciência biomédica, os médicos

excluem do seu discurso a subjetividade, tanto de quem fala quanto de quem escuta:

Os médicos só intervêm e só falam enquanto representantes da instituição médica, enquanto instrumento do discurso médico. Os médicos só existem em suas referências constantes ao saber médico, ao corpo médico, à instituição médica. (CLAVREUL, 1983, p. 11)

Essa atitude que limita a subjetividade dos sujeitos tende a negar a existência dos mesmos. É como se, para a medicina, só existissem as doenças, não importando as pessoas que as exibem (SOUSA CAMPOS, 2005). Trata-se de uma negação existencial que deve estar relacionada com a dificuldade que demonstram muitos profissionais, de lidar com as emoções decorrentes do encontro da pessoa do médico com a pessoa do paciente. É conhecida no ambiente hospitalar a dificuldade de maioria dos médicos de abordar com os pacientes ou com seus familiares, assuntos que provoquem emoções fortes, como comunicar diagnósticos difíceis ou falecimentos.

Um dos elementos recorrentes no discurso médico tradicional é o alerta para que os profissionais evitem envolvimento com os pacientes e seus familiares. A advertência não parece estar diretamente relacionada com envolvimento amoroso ou erótico. Parece apontar para a tentativa de evitar sofrimentos e frustrações provocadas pela morte, por insucessos ou impossibilidades terapêuticas. “Não se envolva com o paciente; há que ter sangue frio; para aprender é assim mesmo; se você ficar sofrendo a cada morte de paciente, você não agüenta e larga a medicina” (ZAIDHAFT, 1990, p. 19). “A proibição de pensar profundamente em seu paciente se acompanha quase que invariavelmente de um não poder sentir e pensar em si mesmo” (LUCHINA, 1982 *apud* ZAIDHAFT, 1990, p. 136). É uma afirmação que

reforça o pensamento de Clavreul (1983), sobre a perda da subjetividade na relação médico-paciente, que afeta ambos os pólos da mesma.

É importante ressaltar que tanto a prática quanto o discurso Médico estão inexoravelmente vinculados ao contexto cultural que os produz, e que, assim sendo são dinâmicos e influenciados pelas modificações promovidas nos processos históricos. Compreendendo as oportunidades de transformação presentes no contexto brasileiro atual, no próximo item abordaremos a Reforma Sanitária e a Estratégia da Saúde da Família. São propostas políticas de âmbito nacional que vêm sendo desenvolvidas no cenário da saúde coletiva, e que estão relacionadas aos modelos de prática assistencial, influenciando e sendo influenciadas pelas relações e tipos de comunicação que ocorrem no cotidiano da prestação de serviços e da formação profissional.

3. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

É complexo o panorama atual da Saúde Coletiva em vários locais do mundo. As transições epidemiológica e demográfica levaram os países desenvolvidos a apresentar predominância de agravos à saúde relacionados aos processos degenerativos, associados à longevidade do ser humano e ao progresso industrial. Nos países em desenvolvimento como o Brasil, essas transformações se apresentam como uma acumulação epidemiológica, com o surgimento, nas últimas décadas do século XX, de epidemias que fizeram recrudescer doenças que se supunha controladas ou definitivamente erradicadas (FERREIRA, 2001).

Esse acúmulo é agravado pelos altos índices de violência e de acidentes que comumente acompanham os processos de grave desigualdade social e econômica. Nesse contexto são vários os desafios para os quais deverão estar preparados os médicos da atualidade e do futuro. Além da abrangência dos conhecimentos técnicos necessários para a resolução dos problemas, os profissionais deverão enfrentar mais questionamentos sobre a efetividade biológica dos tratamentos propostos, assim como sobre aspectos econômicos e éticos da utilização dos mesmos. O progresso tecnológico continuará impulsionando o desenvolvimento do complexo médico-industrial farmacêutico, fomentando ainda mais a especialização e a dicotomia na assistência, necessárias para a utilização cada vez maior de seus produtos. A especialização não deverá ser abandonada, mas a base generalista da formação deverá ser ampliada para que os profissionais aumentem a resolubilidade e a efetividade dos tratamentos (FERREIRA, 2001).

No final dos anos 70, em decorrência de movimentos internacionais que ampliaram e modificaram a compreensão sobre o conceito de saúde e do processo

político que resultou na redemocratização do país, teve início no Brasil o movimento denominado de Reforma Sanitária, que culminou com a inscrição, na Constituição Brasileira de 1988, do Sistema Único de Saúde. Os pontos-chave da Reforma e do Sistema Único de Saúde são:

- a descentralização administrativa, política e financeira das questões da saúde;
- a participação comunitária nas decisões relativas às prioridades a serem atendidas;
- a universalização do direito ao atendimento e ao tratamento médico;
- a integralidade na prática assistencial, com a associação das ações de prevenção, de promoção e de tratamento médico, em âmbito individual e coletivo;
- a hierarquização e as regionalizações;
- a participação complementar do setor privado;
- a formação de recursos humanos.

A Reforma Sanitária brasileira avançou, historicamente, com mais velocidade na direção da determinação dos princípios estruturais, institucionais e administrativos do SUS, do que nas mudanças do modelo assistencial e das relações interpessoais, até o final dos anos 90. Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), com a proposta de proceder a uma reformulação na esfera política do gerenciamento dos serviços e no modelo assistencial em saúde. O Programa de agentes Comunitários de Saúde (PACS), é um que, juntamente com o Programa de Saúde da Família trouxe alterações tanto na alocação de recursos, quanto na forma da organização dos serviços (VIANA & DAL POZ, 1998).

Em documento de 1998, o Ministério da Saúde afirma que o objetivo do PSF é “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e

no hospital". O documento ressalta ainda que a assistência prestada pelo Programa deverá estar centrada na família, conter uma visão ampliada dos processos saúde-doença, e prestar intervenções que estejam para além da preocupação com a cura, numa referência clara as práticas de promoção e de prevenção (FRANCO, T. B. & MERHY, E. E., 2006, p.56). O PSF em 2004, contabilizava cerca de 21.475 equipes, com uma cobertura de cerca de 90% dos municípios, atendendo a cerca de 70 milhões de brasileiros (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005). Em 2005, haviam 2005 equipes implantadas em 4.986 municípios, atingindo um total de 44,4% de cobertura da população do país, segundo o Ministério da Saúde.

Posteriormente o Programa de Saúde da Família viria a ser considerado como uma Estratégia, uma vez que, além de organizar a atenção básica, reafirma os princípios filosóficos e jurídicos do SUS, aliando adaptação, flexibilidade e planejamento às necessidades de otimização dos recursos (BELLUSCI, 2002). Segundo Bellusci, a criação da Estratégia de Saúde da Família tem como objetivos promover mudanças no modelo assistencial hegemônico, através da implantação de princípios organizativos, a saber:

- o **impacto**, que é a modificação das condições de saúde de uma população atendida por uma equipe;
- a **orientação por problemas**, que é ação baseada na avaliação prévia das situações a serem modificadas;
- a **intersectorialidade**, que propõe a integração da saúde aos demais setores da sociedade;
- o **planejamento e as ações locais**, que situam o território como local privilegiado de atuação;

- a **hierarquização**, que situa o PSF como parte do sistema de saúde, mostrando a necessidade absoluta dos mecanismos de referência e de contra-referência;
- a **longitudinalidade**, que oferece através do acompanhamento, a manutenção dos vínculos;
- a **co-responsabilidade**, que faz com que unidades e população adscritas sejam aliadas nas questões da saúde;
- a **humanização**, pela proximidade e natureza dos vínculos que se formam;
- e pela **integralidade**, que é o entrelaçamento das diversas ações de saúde (promoção, prevenção, tratamento, reabilitação).

A integralidade pode ser entendida como abrangendo as “inter-relações de pessoas, como efeitos e repercussões de interações entre profissionais e usuários, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade de atendimento e vínculo” (PINHEIRO & GUIZARDI, 2005). Ela pode também ser conceitualizada em relação às práticas assistenciais dos profissionais de saúde, em relação às características da organização dos serviços e como resposta dos governos às necessidades de saúde de uma comunidade. A integralidade está relacionada ao conceito de vínculo, acolhimento, responsabilização e qualidade da atenção. As considerações sobre acolhimento podem ser amplas e englobar aspectos da relação médico-paciente, como a postura, a humanização, a escuta, e a comunicação (SILVA JUNIOR & MASCARENHAS, 2005).

Podem ser vislumbrados laços entre a comunicação, a integralidade, e os cuidados em saúde, uma vez que a comunicação é uma forma de expressão das práticas e das condutas assistenciais. Algumas palavras que identificam e ajudam a definir a integralidade e que caracterizam ações de comunicação são: escuta, tradução, negociação, polifonia, polissemia, diálogo e troca (XAVIER &

GUIMARÃES, 2005). Algumas dessas ações dizem respeito à qualidade da relação estabelecida entre os profissionais e os usuários, pois escutar implica ouvir o outro, como alguém que sabe algo sobre si mesmo e sobre o mundo. É uma escuta que pode se transformar em tradução, se for capaz de produzir, por parte do serviço de saúde, um acolhimento que complemente o conhecimento biomédico.

Escutar para transformar (traduzir) envolve precisamente um movimento, que caracteriza o fazer da comunicação. Significa circular por outros campos de conhecimento e diferentes experiências, com olhos e ouvidos atentos, colhendo informações, que subsidiem seu trabalho, sem perder a noção do seu espaço de fala e de ação e consciente de que essa viagem deve se materializar em resposta no final do processo. (XAVIER & GUIMARÃES, 2005, p. 147)

A comunicação em saúde pode ser entendida pelo ângulo das relações estabelecidas entre pessoas, entre pessoas e a sociedade e entre pessoas, a sociedade e as instituições. São vozes que representam a polifonia expressão dos diferentes segmentos sociais envolvidos nas lutas e nas conquistas relativas à saúde (ARAÚJO & CARDOSO, 2005). Como exemplo de políticas de saúde, que a partir do SUS podem promover novas formas de comunicação, Araújo e Cardoso (2005) citam a *descentralização* e a *participação popular*, que atuam no sentido de fazer com que o direito de falar e de ouvir seja garantido e redistribuído. Outro importante aspecto da comunicação abordado por Araújo (2005) é o do *lugar da interlocução*, que define a posição social do interlocutor, em um mercado simbólico, onde a comunicação é produzida, circula, e é consumida, em função do poder que o lugar ocupado confere. O poder dos interlocutores depende das posições que eles ocupam em determinado momento e contexto. A Estratégia da Saúde da Família pode então ser pensada como propiciadora de lugares diferenciados de interlocução, uma vez que, ao contrário dos sistemas tradicionais de assistência em que o atendimento é centrado no médico, a estrutura, a dinâmica e a comunicação

de fatos relativos à família são valorizadas e levadas em consideração. “Este enfoque considera a família como o nicho ideal do planejamento e do desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e de promoção” (SECLLEN-PALACIN, 2004, p. 17).

A formação multidisciplinar da equipe é outra característica fundamental da Estratégia que deve ser ressaltada, pela complexidade e pelos desafios que propõem. Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe consiste em uma modalidade de trabalho coletivo, que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a integração dos agentes. Bonet (2005) resalta alguns obstáculos:

Muitos trabalhos ressaltam a importância da constituição de equipes de saúde para responder às mudanças necessárias do sistema. A maioria dos trabalhos mostra que a principal dificuldade se encontra na relação estabelecida no cotidiano, entre os profissionais, a partir dos fantasmas da perda da identidade, e o da perda do poder e da autonomia (p. 119)

Um dos importantes elementos de integração intra-equipe é a comunicação, uma vez que a articulação entre as ações, a integração e a interação entre os membros da equipe são mediadas simbolicamente pela linguagem (PEDUZZI, 2001). Para Bonet (2005), nas revisões realizadas, sobre as dificuldades observadas na estruturação e na organização do trabalho em equipe, fica evidente que a dificuldade principal está relacionada com a comunicação entre as diferentes disciplinas que informam o conhecimento dos integrantes das equipes.

A formação de profissionais com perfil adequado às características do trabalho em equipe será comentada em seguida no item que discute a Formação Médica e as Diretrizes Curriculares homologadas em 2001 para os cursos de Medicina.

4. FORMAÇÃO MÉDICA TRADICIONAL E PRÁTICA ASSISTENCIAL

Neste item serão abordadas as principais características da Educação Médica no Brasil contemporâneo. Estaremos também nos reportando as propostas metodológicas que visam a sua superação, com o objetivo de implementar na formação médica o desenvolvimento das competências e das habilidades profissionais preconizadas pelas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em medicina, homologadas em 2001 pelo Conselho Nacional de Educação.

A Educação Médica Brasileira que esteve no início da sua história, vinculada aos modelos ibérico e francês, passa a partir da década de 60 em função das mudanças políticas ocorridas no país, e da Reforma Universitária de 1968, a adotar as linhas mestras do modelo de ensino norte-americano.

Em 1910, como resultado de uma pesquisa encomendada pela Rockefeller Foundation com o objetivo de normatizar o ensino médico no país, surge nos Estados Unidos o Relatório Flexner. Nele estavam contidos os preceitos que deveriam ser cumpridos para que o ensino médico pudesse ser reconhecido e qualificado como de excelência. O modelo flexneriano, como passou a ser denominado, poderia na verdade ser chamado de modelo “da medicina positivista ou modelo uniausal, ou modelo norte americano, ou modelo da medicina de capital” (DA ROS, 2004, p. 231). A Educação Médica ocidental contemporânea passou a fundamentar-se no *Relatório Flexner*, que se tornou desde então hegemônico.

Algumas das características da apropriação do modelo flexneriano incluem a ênfase na pesquisa biomédica que estimula a produção tecnológica e a especialização, a adoção do hospital como o principal cenário de ensino e a pouca

valorização dos aspectos sociais, éticos e afetivos do processo saúde-doença-tratamento (LIMA-GONÇALVES, 2002). Neste modelo o principal método de ensino são as aulas expositivas que acontecem predominantemente dentro de hospitais, com ênfase no reconhecimento das doenças, nas lesões que as provocam e nos tratamentos que as curam. Uma característica importante deste modelo é a centralização do ensino nos professores, que são tanto mais valorizados quanto mais especializado for o conhecimento que detém (LAMPERT, 2002). Tais premissas contribuíram para que:

[...] a educação médica fortalecesse a base experimental, estimulando a formação de profissionais mais aptos para a compreensão das evidências científicas, mas acabou por fomentar uma dicotomia entre as ciências básicas e a clínica, com evidente negligência dos aspectos humanos da educação e prática médica. (AGUIAR, 2001, p. 71)

Apesar de Flexner ter-se ocupado no seu relatório das questões sociais e humanas elas posteriormente não receberam destaque. É um descaso que pode ter contribuído para que as relações interpessoais aprendidas nesse contexto de ensino pareçam ser do tipo sujeito-objeto, em que o sujeito fica encarregado de executar a ação, e o objeto, sem voz e sem vez, mantém-se sem opinião e sem vontade (LIMA-GONÇALVES, 2002). O mesmo pode ser dito sobre a relação professor-aluno, na modalidade de ensino centrada no professor, supostamente produtor e sustentáculo do conhecimento cientificamente produzido. Neste, o professor que tudo sabe, funcionaria como um transmissor de conhecimentos aos que tudo desconhecem, que incorporam o conhecimento assim transmitido, sem críticas e sem questionamentos. A transmissão de conhecimentos que ocorre nessa modalidade de ensino parece não oferecer aos estudantes um terreno sólido sobre o qual os futuros médicos possam construir as bases da sua própria experiência profissional (AGUIAR, 2000). É provável que ocorra uma transposição deste modelo de

relacionamento hierarquizado entre o professor e o aluno, para a relação médico-paciente.

O questionamento dos limites desse modelo de ensino aprendizagem não implica sugerir a abolição do ensino hospitalar, mas um redimensionamento que permita ao estudante apreender a importância das condições de vida das pessoas e não apenas de suas doenças. O ensino hospitalar é uma modalidade de ensino insubstituível, mas que deve sofrer revisões de carga horária, e adaptações, que permitam a inclusão de práticas resultantes dos avanços do sistema de saúde (VIEIRA, 2004, p. 121).

A formação da identidade médica que será abordada a seguir parece decorrer em parte da modalidade de ensino que acabamos de comentar. Trata-se de uma metodologia a ser repensada e atualizada, para que as escolas de medicina possam formar profissionais com maiores possibilidades de se adequarem ao mercado de trabalho contemporâneo.

4.1 A FORMAÇÃO DA IDENTIDADE MÉDICA

Na introdução do livro intitulado “Tendências de Mudanças na Formação Médica Brasileira”, Lampert (2002,p.31) formula a seguinte pergunta: “Como alguém se torna médico, com conhecimento e jeito de médico?” Conforme abordado no item anterior, o ensino médico ou biomédico tradicional é apenas uma parte do processo que transforma jovens secundaristas em médicos, não dando conta de explicar o processo de formação da identidade médica que comentamos a seguir.

As teorias que abordam com profundidade os processos de formação de identidade são oriundas da Sociologia, da Psicanálise e da Antropologia; o referencial escolhido neste estudo é a Sociologia, porque é a ciência mais relacionada com o estudo da formação de ideologias, de conflitos e de lutas de classes, presentes na problemática da comunicação na Medicina (Lakatos e Marconi, 1985, p.233).

Segundo a Sociologia, os grupos, para sobreviverem e se perpetuarem, necessitam de que as novas gerações tomem ciência do acervo de conhecimentos, normas, valores, idéias – enfim de tudo o que compõe sua herança cultural. “Eles o fazem utilizando dois mecanismos de adaptação dos quais o ser humano lança mão para aceitar, e para conviver com as normas da sociedade na qual está inserido: a educação e a socialização”. A socialização, afirmam os autores, é o processo através do qual as pessoas aprendem e interiorizam os elementos socioculturais do seu meio, integrando-os na estrutura da sua personalidade, para se adaptarem ao ambiente social em que devem viver. Lenhard (1973), postula que a socialização é um processo que tem início na infância, prolongando-se por toda a vida, o que permite a aquisição de novos valores, mesmo na fase adulta Parece se dar através da participação em atividades societárias, nas quais o indivíduo adquire traços da sua cultura, e pela comunicação, que promove a troca de experiências com os outros membros da sociedade (LENHARD, 1973 *apud* LAKATOS; MARCONI, 1985, p. 234).

Extensa revisão da literatura sobre os diversos processos de socialização que ocorrem no processo educativo na medicina foi realizada por Rego (2003). Nela o autor estuda o “processo social”, no qual os indivíduos adquirem habilidades, conhecimentos, valores e desenvolvem os papéis consoantes com sua posição em

um grupo ou sociedade. Em outras palavras, o processo através do qual a personalidade é moldada como resultado das influências sociais (REGO, 2003, p. 47). O autor classifica a socialização em: primária, que ocorre nos primeiros anos de vida, no convívio com os pais e com os familiares; secundária, como sendo a que se processa durante e imediatamente após a infância, no contato com a escola e com os professores; e a profissional, que acontece praticamente durante toda a vida adulta.

Com relação à socialização secundária que ocorre na da educação médica, Rego aponta para divergências conceituais entre autores: um grupo de estudiosos desenvolve uma abordagem estrutural funcionalista, enquanto outro focaliza a perspectiva interacionista simbólica. Na perspectiva funcionalista, as escolas de Medicina são definidas segundo duas funções principais: a de transmitir conhecimento especializado (MOORE, 1976, p.3 apud REGO, 2003, p. 55) e a de ensinar os valores e normas, que constituem o conjunto de informações padronizadas para o exercício profissional socialmente legitimado (MERTON; READER & KENDALL, 1957, p. 41 apud REGO, 2003, p. 55). Na perspectiva interacionista simbólica, o estudante não seria apenas um aprendiz da profissão médica, e sim membro de um grupo subordinado que organiza estratégias coletivas de sobrevivência institucional para chegar com êxito ao fim dos estudos. De acordo com esta perspectiva, são múltiplas as influências que incidem sobre a formação da identidade médica. As evidências demonstram que não é apenas cumprindo as exigências curriculares e adquirindo habilidades técnicas que os alunos constroem a identidade profissional. Denomina-se de currículo oculto um tipo de aprendizado indireto que inclui dentre outros fenômenos, as identificações que ocorrem entre as pessoas, sendo comum entre alunos e professores (REGO, 2003, p. 58).

A formação da identidade tem relevância no presente estudo, uma vez que ela está relacionada ao modelo de atuação e de comunicação que se pretende analisar.

4.2 AS TENDÊNCIAS DE MUDANÇAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA E A HOMOLOGAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES

A construção de novas práticas em saúde passa por transformações tanto da formação técnica, quanto da identidade médica dos egressos dos cursos de graduação. A formação e o exercício profissional estão interligados, configurando um campo de interesses que pode ser denominado de recursos humanos em saúde. “As políticas de recursos humanos em saúde demandam dois planos objetivos, até certo ponto distinguíveis, de formulação e de execução: a formação e o exercício profissional” (CECCIM, 2005, p. 162).

A formação tem, entre outras, a responsabilidade pelo ensino formal que habilita para o exercício profissional, e pelo aperfeiçoamento que caracteriza as especializações, enquanto que o exercício profissional está subordinado aos processos de regulamentação das profissões, à negociações no âmbito do trabalho, à avaliação das práticas em serviço e à valorização dos trabalhadores (CECCIM, 2005).

Os médicos do século XXI estão expostos a mudanças relativas aos direitos em saúde, aos processos de formação e ao exercício profissional para as quais deverão estar preparados. Na última década do século XX, uma ampla discussão, que mobilizou os principais fóruns envolvidos com o ensino médico no Brasil

culminou, em 2001, com a homologação, pelo Conselho Nacional de Educação, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina, que apontam para características fundamentais ao exercício profissional. No Artigo 3º elas remetem ao perfil profissional do egresso, no que diz respeito à formação generalista, humanística, crítica e reflexiva:

Deve ser capaz de atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001, p. 1)

Com relação ao contexto de trabalho, o profissional deverá estar apto a trabalhar em equipe multidisciplinar, assumindo a liderança sempre que necessário, agindo sempre com responsabilidade, empatia e se comunicando de forma eficaz e efetiva.

No contexto das competências e das habilidades gerais, o Artigo 4º, parágrafo I, diz:

A formação do médico tem o objetivo de dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades na atenção à saúde, devendo estar apto para desenvolver ações de promoção, de proteção e de reabilitação da saúde em nível individual e coletivo. (Ibid.,2001, p. 1)

No parágrafo II, as Diretrizes Curriculares apontam competências e habilidades técnicas necessárias para a tomada de decisões adequadas. O parágrafo III trata da comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis, e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve

comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e de leitura. (Ibid., 2001, p. 1-2).

No Artigo 5º, parágrafos III e IV, as Diretrizes apontam para as competências e habilidades específicas da comunicação:

Os médicos deverão comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, com os pacientes e com os seus familiares [...]. Informar e educar os seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação. (Ibid., 2001, p. 2)

As Diretrizes demonstram que na estruturação dos cursos de graduação, devem estar consideradas as dimensões éticas e humanísticas, que desenvolvam no aluno atitudes e valores voltados para o exercício da cidadania, para a promoção da interdisciplinaridade e para a integração das dimensões biológicas, psicológicas sociais e ambientais do processo saúde-doença. Outro ponto relevante para a formação profissional, citado nas Diretrizes, é a habilidade para trabalhar em equipe multidisciplinar, fundamental para o trabalho em unidades de saúde da família. São questões abrangentes, que ampliam o papel da universidade que:

[...] além de ser a transmissora da cultura, da formação do caráter, do modo de aculturação, e de socialização adequados ao desempenho da direção da sociedade, passa a ser também [lôcus] de educação para o trabalho, ensino de aptidões técnicas especializadas capazes de responder aos desafios tecnológicos no espaço de produção. (STELLA, 2002, p. 20)

As premissas das Diretrizes incluem a “integração entre a teoria e a prática, a pesquisa e o ensino, entre os conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, além do estímulo à participação ativa dos alunos na construção do conhecimento” (AGUIAR, 2001, p. 69). Objetivos tão ambiciosos e necessários demandam grande competência comunicativa.

São tantas as habilidades agora exigidas para o médico que ele passaria a ser um intérprete com proficiência em linguagens diversas, como as da Ciência Biomédica, da Psicologia, das Ciências Sociais, e que aprenderia constantemente a linguagem daqueles a quem atende. (AGUIAR, 2001, p. 74).

4.3 AS MUDANÇAS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Já na década de sessenta, Gilberto Freyre apontava para a necessidade dos responsáveis pelo ensino médico atentarem para a necessidade de se desenvolver um olhar mais completo e abrangente sobre a pessoa do doente. As principais características do modelo biomédico que tendem a excluir das ações médicas a pessoa do doente, privilegiando as doenças e a unicausalidade das suas origens, já foram abordadas em item anterior. No livro “Sociologia da Medicina”, Freyre (2004) relata um debate, onde foi discutido como os elementos sociais diretamente relacionados às causas de algumas doenças poderiam ser integrados ao ensino da clínica médica. Muitos trabalhos forma escritos sobre o deslocamento do objeto de ação do médico, que passou do doente para a doença, em consonância com o pensamento reducionista. Autores como Merhy (2002), Helman (2006), Sousa Campos (2005), Lampert (2002) e Aguiar (2004), abordam o assunto tanto pelo ângulo da assistência quanto do ensino médico.

Em primeiro lugar, é preciso conceituar as principais características do trabalho médico, para que seja possível propor reflexões sobre possíveis mudanças, seja na prática, seja no ensino médicos. Segundo Merhy (2002, p.57), como decorrência do encontro do profissional de saúde com o paciente, surge entre eles um espaço relacional denominado de intersecção. “Além de reconhecer a existência desse processo singular, é fundamental, na análise dos processos de trabalho, descobrir os tipos de intersecção que se constitui”. Para agir nesse espaço

compartilhado, o profissional lança mão de instrumentos ou ferramentas tecnológicas que são os saberes e seus desdobramentos, materiais ou não, que fazem parte dos recursos possíveis de serem utilizados para a solução das demandas trazida pelos pacientes. O autor classifica as ferramentas em tecnologia dura, leve-dura e leve. A tecnologia “dura” é composta pelos equipamentos simples como o termômetro e o estetoscópio, ou sofisticados como os exames complementares de última geração. A tecnologia “leve-dura” é a que está na cabeça dos profissionais, e que compõe os saberes aprendidos durante a formação e no exercício profissional. Por último a tecnologia “leve”, que diz respeito à qualidade da relação estabelecida entre o profissional e o usuário, e que se expressa pelas ações, pelas atitudes profissionais, e pela comunicação. A utilização ampla e adequada da tecnologia leve por exemplo pode ter como conseqüências o estabelecimento de vínculos, de acolhimento e de certos modelos específicos de atuação clínica (Merhy,2002,p. 98). É compreensível que o principal objeto de interesse da clínica sejam as doenças e o arsenal de conhecimentos disponíveis para vencê-las, mas “a doença não pode substituir completamente o ser doente”.

Sugere-se uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção pretende-se também incluir o Sujeito e o seu Contexto como objeto de estudo e de prática da Clínica. (SOUSA CAMPOS, 2005, p. 57)

Segundo Sousa Campos (2005), trata-se de ampliar os conceitos e não de trocá-los. A ampliação resultaria no que este autor denomina de clínica ampliada ou de clínica do sujeito, numa referência à extensão dos objetivos da Clínica para além das doenças. Continua sendo e sempre será importante considerar, diagnosticar, e tratar corretamente as doenças. Numa clínica ampliada as ações devem ser

centradas no paciente e nas suas necessidades de saúde, tarefa complexa para a qual o médico deverá estar preparado:

Ao clínico cabe identificar o tipo de apoio de que cada um necessita; alguns necessitarão de estímulo para lembrar-se de que estão doentes ou com algumas limitações; outros ao contrário deveremos ajudá-los a esquecer um pouco o problema de saúde [...] A alguns haveria que se ofertar mais atenção, a outros estimular uma diminuição do consumismo de procedimentos. A alguns ajudá-los a se cuidarem melhor, a olharem mais para os filhos, familiares, comunidade; a outros ajudá-los a escapar da obsessão de controlar o mundo. (SOUSA CAMPOS, 2005, p. 70)

Podemos perceber que o exercício profissional assim definido exige a aquisição por parte dos alunos de habilidades de relacionamento e de comunicação que ultrapassam o âmbito do aprendizado do conhecimento técnico restrito às doença e ao seu embate.

5. A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO EIXO CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Até o momento, abordamos a questão do exercício profissional e da formação Médica à luz dos conceitos reducionistas e mecanicistas do Modelo Biomédico. Também fizemos referência às transformações que ocorreram no cenário da Saúde Pública brasileira em função da Reforma Sanitária, da implantação do SUS e da Estratégia da Saúde da Família. Agora, nos ocuparemos dos desafios que precisam ser enfrentados pelas instituições de ensino médico, para serem capazes de formar profissionais que detenham as competências que o momento atual exige. “Para uma nova estratégia, precisamos de um novo profissional” (LEVCOVITZ & GARRIDO, 1996, p. 5). As modificações que vêm ocorrendo no trabalho em saúde exigem que os profissionais demonstrem habilidades de comunicação, busca ativa e autônoma do conhecimento, capacidade de crítica, discernimento e atuação no contexto multiprofissional (RIBEIRO, 2004). São Habilidades que serão mais facilmente adquiridas se os alunos, durante a formação, forem expostos a cenários de ensino diversificados, inovadores e comprometidos com o interesse pela investigação dos múltiplos fatores implicados no processo saúde-doença.

No item anterior nos referimos à utilização de diferentes tipos de tecnologia e de saber, e à correlação desses conhecimentos com as especificidades das práticas em saúde. Essas podem ser qualificadas como centradas nos pacientes ou centradas nos profissionais. O ensino tradicional tem estimulado o aprendizado de ações mais centradas nos profissionais e na aplicação de tecnologias dura e leve dura. Por outro lado, espera-se que as novas diretrizes curriculares, e com a e a diversificação dos cenários de aprendizagem propiciem diferentes experiências, que possam facilitar reflexões em torno de temas sociais, ecológicos e relacionais, bem como incentivar o uso de tecnologias leves nas quais se inclui a comunicação.

Em consonância com as Diretrizes Curriculares, o Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá (fundado em 1997) desenvolveu um projeto pedagógico que procura integrar no aprendizado biomédico ensinamentos das Ciências Humanas, da Saúde Coletiva e, desde o ano de 2001, de atividades relativas à Estratégia da Saúde da Família, adotada como eixo curricular do curso.

As disciplinas relativas à Saúde da Família, oferecidas a partir do primeiro semestre, propiciam aos alunos uma inserção precoce na prática em saúde, com o desenvolvimento de habilidades profissionais de comunicação e educação em diversos cenários de ensino-aprendizagem, que são a Rede Básica de Saúde, a Policlínica Ronaldo Gazolla, a Unidade de Saúde da Família da Lapa (criada pela universidade em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde), Creches e Escolas Municipais e a ONG Ressurgir (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ, 2002).

No primeiro período do curso, o programa da disciplina Saúde da Família visa desenvolver o sentido humanístico da profissão médica, através de atividades que estimulam o contato precoce do aluno com usuários de um hospital municipal e de uma ONG que trabalha com famílias em grave risco social. Espera-se que os alunos aprimorem, entre outras, habilidades de comunicação verbal e não-verbal direcionadas à relação médico-paciente, através da realização de entrevistas com pessoas que são assistidas pela da ONG e com usuários do hospital.

No segundo período, os alunos aprendem sobre os programas do Ministério da Saúde, voltados para a assistência básica, como os de Tuberculose, Hipertensão, PAISC (Atenção Integral à Saúde da Criança, Puericultura, Vigilância Nutricional, Aleitamento Materno, IRA, Desnutrição e Infecção), desenvolvendo atividades em centros municipais de saúde de junto a profissionais de saúde e aos usuários (salas de espera, grupos educativos etc).

No terceiro período, os alunos iniciam o aprendizado da obtenção da anamnese, participando de algumas atividades no PSF da Lapa. Espera-se que ao término do curso o aluno além de ter aprendido as especificidades dos itens da anamnese, seja capaz de considerar a perspectiva do usuário sobre a sua doença e de compreender que a relação estabelecida entre o paciente e o médico afeta diretamente o resultado dos tratamentos propostos.

Os alunos do sexto período estudam o conceito de campo de saúde e os determinantes do processo saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade, sob a ótica da cidadania. Eles acompanham os Agentes Comunitários de Saúde na realização do cadastramento das famílias adscritas ao PSF Lapa.

No nono período os estudantes participam da visita domiciliar, dos atendimentos realizados na unidade e de algumas práticas de Educação em Saúde, como por exemplo, de reuniões de planejamento familiar e de grupos de gestantes. No Internato é obrigatória a permanência dos alunos na unidade da Lapa no décimo e no décimo primeiro períodos, sendo a mesma eletiva no décimo segundo período. Os internos realizam atendimento domiciliar, consultas na unidade, e participam de práticas de educação em saúde, sozinhos, com supervisão posterior dos professores.

A universidade vem estabelecendo parcerias, com o objetivo de promover a educação em cenários diversificados. A utilização de serviços como o Hospital Municipal Salles Neto, a Associação Pró-Matre, postos e centros municipais de saúde, escolas e creches da rede pública, além de hospitais de grande porte, como o Miguel Couto, Servidores do Estado e Hospital da Lagoa como cenário de ensino, busca promover a integração de conhecimentos diversos, que são de grande

importância para a consolidação do SUS e para a prática da atenção integral à saúde.

Os espaços onde se dá o diálogo entre o trabalho e a educação assumem lugar privilegiado para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro no cotidiano do cuidado. São espaços de cidadania, aonde profissionais do serviço e docentes, usuários e o próprio estudante vão estabelecendo seus papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e de ver o mundo. (HENRIQUES, 2005, p. 149)

Uma questão relevante diz respeito ao ensino da habilidade de comunicação enquanto mediadora das ações médicas, e que pode ser apresentada aos alunos, como **tecnologia** - leve, indispensável ao êxito do encontro médico-paciente. Tal aprendizado não deve ser deixado ao acaso, mas ser construído intencionalmente e com objetivos concretos. O ensino de habilidades de comunicação em saúde pode abranger ações objetivas e indispensáveis tais como:

- a) “perguntar - para melhor explorar o que pensa, sente e sabe o interlocutor”.
- b) “escutar - com atenção, sem julgar e sem atribuir valores próprios ao que está sendo transmitido”.
- c) “observar - perceber todos os elementos da linguagem não-verbal, como postura, mudanças de expressão facial, respiração etc”.
- d) “responder – levando em conta não só o conteúdo, mas a clareza da informação e a confirmação de que ela foi entendida corretamente”. (CHIESA & VERÍSSIMO, 2001, p. 35)

É importante lembrar que a comunicação é o principal veículo para a informação sobre os diagnósticos, prescrições, e orientações relativas aos tratamentos propostos. “A comunicação é indispensável para a assistência à saúde. Enquanto atividade de suporte aos programas de saúde, constitui-se em recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde” (CHIESA & VERÍSSIMO, 2001, p. 36).

Na Unidade da Saúde da Família da Lapa os alunos são inseridos em um cenário de ensino diferenciado do hospital e dos ambulatórios tradicionais, no que diz respeito à prática assistencial e ao atual paradigma sanitário. Segundo Feuerwerker (2002), a maior relevância dessa inserção é a colocação dos alunos no cotidiano das pessoas e dos serviços. Para a autora “Cenário de Aprendizagem” é um conceito que vai além da questão espacial, e diz respeito aos métodos pedagógicos, à utilização de tecnologias diversificadas e aos modelos de comunicação. Para ela o trabalho com alunos nas unidades básicas de saúde, apresenta características específicas que o diferencia das práticas que acontecem nos cenários tradicionais, incluindo:

- 1) as premissas e expectativas sobre o padrão de comunicação da qual os alunos participam;
- 2) a nova concepção dos sujeitos: os doentes, a família, o papel dos profissionais e dos próprios estudantes;
- 3) a concepção da construção do conhecimento a partir da responsabilidade dos alunos com a própria prática;
- 4) o compromisso com a aprendizagem dos colegas, uma vez que as atividades se desenvolvem em equipe;
- 5) o processo de avaliação diferenciado, centrado na participação e na comunicação desenvolvida pelo aluno nas diversas atividades em que participa.

São premissas que trabalham com a ótica da família como metáfora, na abordagem do indivíduo, realizada no contexto das relações sociais (AGUIAR, Comunicação pessoal, 2006).

O presente estudo pretende analisar o papel da mediação da comunicação dos alunos de alunos dos três últimos períodos do curso médico com usuários que freqüentam a Unidade da Saúde da Família da Lapa.

6. JUSTIFICATIVA

A implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil representa, ao mesmo tempo, uma oportunidade para a modificação das práticas assistenciais na saúde e um desafio para a formação de profissionais adequadamente preparados para atuar nesse contexto inovador.

Podemos traçar um paralelo entre a implantação do Programa de Saúde da Família e a homologação em 2001, pelo Conselho Nacional de Educação, das Diretrizes Curriculares para Cursos de Medicina. É necessário renovar o ensino médico, para corresponder às demandas introduzidas na assistência médica pela Reforma Sanitária brasileira (AGUIAR & CORDEIRO, 2004).

Dentre os desafios que já estão sendo postos aos profissionais, podemos citar a integração entre as ações em saúde, com ênfase na promoção e na prevenção das doenças, além da cura e da reabilitação. Busca-se estabelecer um “novo compromisso do médico, assim como de outros profissionais de saúde, com a integralidade” em um modelo assistencial que inclui a família e a participação comunitária (AGUIAR & CORDEIRO, 2004, p. 165).

O presente estudo pretende contribuir para o aprimoramento dos modelos assistenciais e do processo de formação, abordando a mediação da comunicação nas práticas e nas condutas profissionais em saúde, através do estudo da relação entre os estudantes, os usuários e as famílias que freqüentam a Unidade de Saúde da Família da Lapa.

7. OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo geral deste estudo é analisar aspectos da formação médica que se expressam através de práticas profissionais mediadas pela comunicação.

O objetivo específico desta pesquisa é estudar a comunicação entre internos de medicina e usuários, no contexto das atividades do Programa de Saúde da Família.

8. METODOLOGIA

8.1 OPÇÕES METODOLÓGICAS E CONCEITUAIS

Trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho qualitativo, que é a modalidade de pesquisa útil para o estudo das relações, das percepções e das interpretações que os seres humanos fazem a respeito dos fenômenos sociais da vida cotidiana. Permite estudar e ampliar a compreensão sobre processos sociais ainda não totalmente explorados, revisar conceitos e criar novas abordagens de aproximação da realidade investigada (MINAYO, 2006). Na presente pesquisa o objeto de estudo é a mediação da comunicação nas práticas e ações de saúde. As práticas foram observadas e posteriormente analisadas, com ênfase na comunicação entre os estudantes, os usuários, e os familiares destes, que freqüentam a Unidade. Nosso interesse pela comunicação está diretamente relacionado aos conceitos sociológicos que enfatizam a importância da fala enquanto reveladora de valores, de normas, e de símbolos de uma sociedade: “o material privilegiado de comunicação na vida cotidiana é a palavra” (BAKHTIN, 1981, p. 36).

8.2 CAMPO DE ESTUDO

O cotidiano dos estudantes foi observado na Unidade da Saúde da Família da Lapa, criada pela Universidade Estácio de Sá com o objetivo de servir de campo de treinamento para os estudantes da área da saúde. A unidade é administrada em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e funciona em uma casa anexa ao prédio do Hospital do Carmo, no bairro da Lapa, Rio de Janeiro. Dentro do complexo hospitalar funcionam também a administração, a coordenação do curso, os laboratórios que atendem ao “ciclo básico” e uma Policlínica multidisciplinar, onde atendem vários professores da Universidade.

A casa que abriga o PSF Lapa dispõe de uma recepção, de oito consultórios, de uma sala de exame onde são realizados os preventivos, uma sala de pré-consulta onde os pacientes são avaliados pela equipe de enfermagem, uma pequena farmácia onde são dispensados alguns medicamentos, uma sala de curativos, uma sala para os professores, uma sala de aula, uma mesa onde se reúnem os agentes comunitários de saúde, uma pequena copa e três banheiros. Nos dois lados do corredor interno que funciona como sala de espera, encontra-se bancos para os usuários e seus familiares. As paredes deste corredor são cobertas de cartazes educativos, de informes diversos, de anúncios destinados aos alunos e aos usuários e de trabalhos manuais confeccionados pelos pacientes em oficinas oferecidas por artistas voluntários. Trabalham atualmente na unidade sete médicos, um dentista, duas nutricionistas, uma fonoaudióloga, duas fisioterapeutas, duas enfermeiras, duas auxiliares de enfermagem, um recepcionista e seis agentes comunitárias de saúde. Todos esses profissionais são contratados pela Universidade e possuem vínculo trabalhista com a instituição. O PSF Lapa atende a

moradores do bairro, sendo a população adscrita de aproximadamente 1800 famílias cadastradas. A região é dividida em seis micro áreas, sendo cada médico responsável por cerca de trezentas famílias. A produção da equipe inclui os atendimentos realizados na unidade, tanto os agendados quanto as demandas espontâneas, as visitas domiciliares, diversas atividades de educação em saúde, como grupos temáticos voltados para a prevenção de doenças, o planejamento familiar, as gestantes entre outros. Estudantes de vários cursos da área da saúde freqüentam a unidade, como por exemplo, os de odontologia, nutrição, enfermagem e fisioterapia. Esses estudantes interagem com os alunos do curso de medicina, durante os atendimentos ou em visitas domiciliares. A Unidade oferece aos usuários avaliação da saúde bucal efetivada pelos estudantes e pelos profissionais de odontologia e avaliação, orientação e programas de promoção da saúde nas áreas de nutrição e de fisioterapia. Além das consultas de rotina, são realizados preventivos e pré-natal de baixo risco. Os casos que não podem ser resolvidos na unidade são referenciados para outros serviços da rede municipal e para a policlínica mantida pela Universidade no Hospital do Carmo.

Os estudantes de medicina têm atividades curriculares no PSF Lapa no terceiro, sexto, décimo e décimo primeiro períodos. No décimo segundo podem optar pela permanência na unidade em regime de Internato Eletivo. Os alunos do terceiro período iniciam na unidade o aprendizado da anamnese e realizam a pré consulta sob supervisão de professores onde os pacientes são pesados e têm a pressão arterial avaliada. Os acadêmicos do sexto período, entre outras atividades, acompanham os agentes comunitários de saúde no cadastramento das famílias adscritas ao programa. Os Internos do décimo e do décimo primeiro períodos atendem na unidade e em visitas domiciliares, sob supervisão dos professores.

8.3 A população da pesquisa

O foco do estudo foram as práticas e as ações “profissionais” de quatro internos do décimo e do décimo primeiro períodos do curso médico, comumente denominado de Internato. Foram sorteados aleatoriamente quatro internos com atividades nos períodos da semana que a pesquisadora dispunha para a coleta de dados. Em todos os períodos (terças e quintas de manhã e à tarde) os alunos foram designados para as atividades na Unidade pela coordenação do internato. Cada aluno foi observado em média durante dez períodos, em atividades de atendimento e visitas domiciliares, bem como interações com os supervisores docentes e estudantes de outras carreiras da área da saúde.

A seleção de estudantes observados foi definida em função deles estarem no internato, de já terem sido expostos a no mínimo dois terços do currículo do curso, por já conhecerem, e saberem utilizar o modelo de anamnese e de exame físico, por já terem freqüentado anteriormente a Unidade da Saúde da Família, e por já atenderem sozinhos, ainda que sob supervisão, detendo algum grau de autonomia no que diz respeito às condutas e à comunicação que estabelecem com os usuários. Cada interno é responsável pelo atendimento de dez famílias durante um ano, freqüenta a Unidade uma vez por semana, durante quatro horas, e além das quatro consultas agendadas para eles, podem ser solicitados a atender pacientes com demanda espontânea. É importante salientar que os estudantes de medicina algumas vezes atendem em companhia de estudantes das outras carreiras que freqüentam a unidade; assim sendo as observações eventualmente incluíram outros estudantes envolvidos nas atividades. Os internos que compuseram a amostra foram sorteados aleatoriamente durante uma reunião em que foram informados por

mim sobre a pesquisa. Após os esclarecimentos e com o consentimento da direção da unidade, eles assinaram um termo de consentimento (em anexo, Apêndice A) para serem observados.

8.4 ASPECTOS DA COLETA E REGISTRO DOS DADOS

O estudo desenvolvido baseou-se na observação e na análise das condutas e das práticas médicas, adotadas pelos internos durante os atendimentos que realizam no PSF Lapa e nas visitas domiciliares. A observação, além de possibilitar um contato direto do pesquisador com os fenômenos observados, permite a verificação direta das ocorrências a respeito destes fenômenos (LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. A., 1986). Denomina-se de etnometodologia a modalidade de pesquisa que privilegia a anotação detalhada do objeto observado. Segundo Minayo (2006), é um tipo de estudo que preconiza a observação dos fatos no local onde eles ocorrem, com o objetivo de produzir um retrato fiel das pessoas, das relações e da cultura estudada. Neste estudo as anotações foram feitas ao término da atividade observada, tendo sido evitado registros escritos no momento dos atendimentos para evitar constrangimento aos pacientes. Foi feito um esforço de registro acurado das palavras e das expressões utilizadas pelos interlocutores. Dos registros da observação constam a descrição dos observados, a reconstrução dos diálogos, a descrição dos cenários, o comportamento e as atitudes dos internos durante os atendimentos e comentários dos alunos em conversas ocorridas após as visitas domiciliares. Ao longo das observações foram também registradas reflexões,

sentimentos e questões do observador, que ofereceram elementos substanciais para confecção de uma entrevista semi-estruturada, realizada com os internos ao final das observações. Os itens da entrevista foram definidos através da elaboração de um roteiro temático, que incluiu assuntos que emergiram das observações visando aprofundar a percepção do interno sobre a sua vivência na unidade. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Os temas selecionados foram:

- o vínculo entre eles e as famílias que assistiram;
- a percepção de situações desconfortáveis;
- a compreensão de comunicação não verbal dos pacientes;
- a interação deles com estudantes de outras áreas no momento do atendimento;
- a aquisição de experiências que podem ser reproduzidas na vida profissional fora da unidade.

Em que pese o fato dos internos terem concordado em participar da entrevista, é inevitável que se proceda a uma breve reflexão crítica sobre a natureza da relação entre o entrevistador e os entrevistados, uma vez que, com exceção de um, os internos foram em algum momento do curso, meus alunos. É relevante o fato de que no momento da pesquisa, enquanto professora, detenho uma inserção institucional diferenciada da dos alunos. Minayo considera que pesquisador e pesquisados são responsáveis pelo produto da relação entre eles, e ressalta que a entrevista não pode ser compreendida como uma mera coleta de dados, uma vez que as informações podem ser profundamente alteradas pela natureza deste encontro. Segundo ela, para minimizar os efeitos dessa assimetria é necessário

assumir uma postura crítica, e atitude transparente e esclarecedora sobre os reais sentidos e objetivos do estudo em questão (MINAYO, 2006, p. 211).

8.5 ANÁLISE DOS DADOS

Conforme citado anteriormente os dados obtidos durante o trabalho de campo foram trabalhados na perspectiva da comunicação, considerada o principal veículo de expressão das ações e das práticas médicas observadas na relação com os usuários. Através da Análise de Conteúdo, que segundo Bardin consiste em um conjunto de técnicas que são empregadas com a intenção de inferir os conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção de mensagens, as práticas foram categorizadas segundo Indicadores definidos à priori. Para esta autora na análise qualitativa “é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo, ou de um conjunto de características num determinado fragmento da mensagem que é tomado em consideração” (BARDIN, 2004, p. 35). Ela demonstra que os discursos podem apresentar significados geralmente simbólicos que podem ser desvendados e compreendidos para além dos seus significados óbvios:

O que é passível de interpretação? Mensagens obscuras que exigem uma interpretação, mensagens com duplo sentido cuja significação profunda (a que importa aqui) só pode surgir depois de uma observação cuidadosa ou de uma intuição carismática. (Bardin, 2004, p. 12)

Os Indicadores desenvolvidos após leitura exaustiva dos dados coletados apontam para características da comunicação e para as suas alternâncias dentro do

contexto, como por exemplo, participante e inclusiva, quando permite a participação aberta do interlocutor, ou excludente, quando as chances de participar do diálogo são negadas ou dificultadas. De acordo com os indicadores, as práticas foram classificadas em práticas centradas nos profissionais e práticas centradas nos pacientes com as relativas especificidades de cada modalidade. Em seguida apresento o perfil dos internos e os dados coletados durante a observação.

9. O PERFIL DOS INTERNOS E DE SUA COMUNICAÇÃO COM OS USUÁRIOS

Nesse capítulo apresentaremos o trabalho de campo, as discussões por ele suscitadas, e a as considerações finais. O capítulo está dividido em sub-itens. No primeiro apresentaremos o trabalho de campo, a seguir uma discussão sobre o que pensamos ser nele relevante, e por último abordaremos as nossas preocupações e as considerações sobre o estudo apresentado.

9.1 PERFIL SUBJETIVO DOS INTERNOS

Conforme foi descrito na Metodologia, elegemos para o estudo quatro internos cujos perfis apresentamos agora. Dos quatro internos, dois são do sexo masculino e dois do feminino. Serão chamados pelos pseudônimos de Domenico, Bárbara, Tadeu e Carolina.

Bárbara é a mais comunicativa e expansiva do grupo e a que demonstrou ter mais facilidade para estreitar o vínculo com os pacientes. Está no penúltimo período do curso e, entre os observados, é a única que pensa em seguir uma especialidade cirúrgica.

Domenico, o mais velho de todos, é extremamente reservado, fala pouco e demonstra grande preocupação com o seu aprendizado e aprimoramento profissional.

Tadeu, apesar de ser o mais tímido, demonstrou desde o início estar confortável com a minha presença na sala, deixando evidente que isso não interferia com o seu trabalho.

Carolina é formal no primeiro contato com as pessoas, mas é muito segura e direta na sua comunicação com os pacientes; é a mais crítica do grupo, com relação às experiências vividas pelos alunos na Unidade.

9.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Relembramos que metodologicamente os dados obtidos foram analisados utilizando uma matriz estruturada em torno da concepção dos conceitos de saúde e de doença inspirados no Modelo Biomédico tradicional e no Modelo Ampliado ou Biopsicosocial. Baseada em diversos autores como Sousa Campos (2005), Helman (2006) e Merhy (2006), confeccionamos uma matriz para a análise da interação entre o aluno e o paciente nas consultas, que está relacionada ao modo de atuação dos alunos. A estrutura da matriz incorpora como premissas a “consulta centrada no paciente”, e a “consulta centrada no profissional” na interlocução profissional usuário. Em cada uma dessas premissas a comunicação utiliza elementos diferenciados que acabam por mediar a atuação profissional. A matriz agrega atitudes mediadas pela comunicação, que foram observadas durante o trabalho de campo.

| | |
|--|--|
| <p>A CONSULTA CENTRADA NO PROFISSIONAL</p> | <p>Valoriza o cumprimento do roteiro previamente estabelecido Não demonstra valorizar as iniciativas do paciente em comunicar aspectos afetivos, emocionais, sociais e familiares Pode interromper a narrativa do paciente caso sejam abordados assuntos delicados ou emocionalmente densos Em algumas situações demonstra dificuldade para perceber e compreender a comunicação não verbal Valoriza a história de procedimentos anteriores, mas nem sempre demonstra interesse pela experiência subjetiva do paciente com relação a estes procedimentos</p> |
| <p>A CONSULTA CENTRADA NO PACIENTE</p> | <p>Escuta atenta para aspectos que extrapolam o roteiro (anamnese) Valoriza as pistas oferecidas pelo paciente para continuar à coleta das informações Investiga os motivos que levam o paciente a não aderir ao tratamento Respeita sempre que possível os desejos e interesse do paciente Procura entender a comunicação não verbal e evita o uso de termos técnicos Demonstra interesse pelos laços afetivos e familiares do paciente Não se constringe para pedir auxílio</p> |

9.3 A INTERAÇÃO CENTRADA NO PROFISSIONAL

A interação centrada no médico, apóia-se numa concepção tipicamente baseada no modelo biomédico tradicional que determina um padrão de comunicação que se expressa pela adesão mais estrita ao roteiro da anamnese. O aluno em geral valoriza o cumprimento em ordem cronológica e exaustiva da seqüência de perguntas previamente estabelecida para a entrevista minimizando o significado das iniciativas do paciente em comunicar aspectos afetivos, emocionais ou sociais. Foi o caso da interação entre Domenico e o Senhor N. Era a primeira consulta de N, que é hipertenso, faz uso de medicamento anti hipertensivo prescrito por um médico de um

posto de saúde. O Sr.N. mora sozinho, não têm familiares próximos, e ressalta durante a consulta a irregularidade da sua alimentação e dos seus hábitos de vida.

Domenico: e a sua pressão?

Sr. N: Tem subido.

Domenico: E a alimentação?

Sr. N: Eu como sempre na rua; muitos salgadinhos, muito sal né? O jantar é na firma onde trabalhei; eles me deixam jantar lá... depois volto para o quartinho onde moro... de manhã como no quarto também.

Domenico: O senhor é casado?

Sr. N: Nunca me casei... não tenho filhos

Domenico: Os seus pais são vivos?

Sr. N: Não sei nada sobre eles. Não conheci; lá onde cresci não tinha nada na ficha...

Domenico: Eu vou examinar o senhor.

As respostas do Sr. N sugerem uma história de isolamento afetivo e familiar. Aparentemente ele cresceu em um orfanato, mas apesar de sinalizar o fato, Domenico dá seguimento a consulta passando sucessivamente para os tópicos subseqüentes do roteiro de investigação. Na interação não se observa espaço nem estímulo para que o paciente faça a conexão entre os hábitos de vida, a sua história pessoal e a patologia que apresenta.

Na interação profissional-centrada o profissional pode investigar a experiência de procedimentos anteriores, mas tende a não privilegiar a experiência subjetiva do paciente com relação a estes procedimentos. No exemplo seguinte

Carolina atende uma jovem, M. T. de dezessete anos de idade, que procura o PSF Lapa com o objetivo de ser submetida ao seu primeiro exame ginecológico, por ter iniciado vida sexual.

M T: Eu vim marcar um exame ginecológico; comecei recentemente a ter relações com o meu namorado, mas nunca fiz exame.

Carolina: Podemos fazer hoje mesmo. Sabe como é feito o exame?

Carolina e sua supervisora explicam à paciente o procedimento, mostram um espelho e informam como ele será utilizado. Carolina inicia o exame, mas não consegue concluí-lo porque M T demonstra muito medo, levantando-se da maca sempre que ela tenta introduzir o espelho. M T acaba tendo um desmaio e Carolina transfere o exame para outro dia. Após o incidente entre elas ocorre o seguinte diálogo:

M T: Tenho medo de tudo relacionado à medicina.

Carolina: E como foi para colocar este piercing? (referindo-se ao piercing que a paciente trazia no umbigo?)

M T: Aí não tive, o medo é só com médicos.

M T não explica o porquê do medo, que pode estar relacionado a alguma experiência prévia com procedimentos médicos. A interna não investiga a origem do comportamento da paciente, apesar de ter perguntado sobre a experiência anterior dela com relação a exames ginecológicos.

A interação centrada no profissional pode promover um afastamento, se o paciente decide não acatar integralmente as orientações do médico. O profissional, por estar centrado em determinado protocolo de ação, perde oportunidades de

ampliar a compreensão sobre os motivos dos pacientes para não aderir à conduta proposta.

A paciente, a Sra. Z. de 35 anos de idade, está em acompanhamento por ter apresentado um episódio hipertensivo. Durante a consulta assume uma atitude desafiadora:

Sra. Z: Vou logo avisando, não vou tomar remédios de hipertensão, e também não medi duas vezes por semana como mandou.

Bárbara: E porque não fez?

Sra. Z: Porque eu não tenho nada e decidi que não vou ter nada.

Bárbara: Mas sem acompanhamento como podemos saber?

Sra. Z: Eu não quero saber. A gente é que decide se fica ou não doente... da vez da depressão decidi que não tinha nada e pronto...

Bárbara: Nossa, como é teimosa.

Centrada nos seus motivos para diagnosticar e tratar a hipertensão, Bárbara não compreende e não tenta esclarecer a linha de pensamento que orienta o comportamento negativo da paciente, não levando em conta um possível estado depressivo que pode estar subjacente à recusa em aceitar o tratamento. A crítica inadequada pode promover um afastamento entre elas.

Outra atitude característica observada no modelo médico-centrado é a dificuldade dos profissionais de perceber, entender e decodificar a comunicação não-verbal dos pacientes. As mensagens podem incluir atitudes corporais e verbalizações truncadas que podem expressar medos, desconfiança e negação da doença. Por exemplo, Tadeu quando atende pela primeira vez a Senhora D que

desde o início da consulta usa a linguagem corporal para ilustrar as suas queixas. Tosse, quando cita que é alérgica, alisa a perna para localizar a dor de que se queixa. Tadeu demonstra nesse encontro grande dificuldade em manter contato visual com a Senhora D.

Tadeu: O que está acontecendo com a senhora?

Sra. D: Tosse, doutor, e uma dor aqui... na perna. (alisa a perna direita, mas o interno não olha para ela)

Tadeu: A dor na perna começou quando?

Sra. D: Há cerca de duas semanas.

Tadeu: Estou vendo aqui no seu prontuário que a senhora é hipertensa. (muda de assunto, deixando de lado o tema “dor na perna”)

Sra. D: Eu não sou. Fui fazer um exame funcional e fiquei nervosa na hora, por isso a pressão subiu.

Tadeu: A senhora tomou alguma medicação para a hipertensão? (faz a pergunta e procura a resposta no prontuário da Sra. D)

Durante a consulta, o interno se concentra no prontuário. A paciente se contorce de um lado para outro, até deitar o rosto sobre a mesa, tentando estabelecer contato visual com o interno, que nem percebeu o seu movimento. Quando Tadeu pergunta sobre o tratamento para hipertensão a paciente demonstra pelo tom de voz, impaciência e irritação, mas ele não comenta o assunto.

Em outra consulta, a paciente de Tadeu, a Senhora S demonstra claramente a dificuldade que está vivenciando com o diagnóstico recente de diabetes:

Sra. S: Doutor, chegou a minha glicemia?

Tadeu: Sim, já estava aqui da outra vez, a sua glicemia está um pouco alta.

Sra. S: Eu sempre controlei bem a minha alimentação.

Tadeu: Agora precisa continuar controlando.

Sra. S: Eu acho estranho porque eu deixei de comer pão, que era no que eu abusava; mas já deixei de comer.

Tadeu: Sente mais alguma coisa?

Sra. S: Não sinto nada, estou bem a alimentação está super controlada... eu não entendo. (não concluiu o que não entende, e nem é questionada a respeito)

Tadeu: Vou pedir os seus exames de rotina.

Sra. S: Vai pedir o do açúcar?

Tadeu: Não, esse você já fez.

Tadeu não valorizou as tentativas de comunicação indireta da paciente, que sugerem as dúvidas ou o desconforto com relação ao diagnóstico de diabetes.

Os exemplos acima relatados embora sejam sugestivos de um tipo de compreensão do papel profissional e da concepção saúde-doença, não esgotam a riqueza das interações entre os alunos e os pacientes observadas na Unidade da Saúde da Família da Lapa. Em seguida abordo o tipo de interação em que o foco da consulta está centrado no paciente.

9.4 A INTERAÇÃO CENTRADA NO PACIENTE

No modelo de consulta centrada no paciente, também é utilizado o roteiro da anamnese, mas observa-se uma ampliação na comunicação, com maior interesse por parte do profissional por informações sobre os aspectos emocionais, sociais, ambientais e laborativos dos pacientes. A fluidez na comunicação, ou seja, a menor adesão mecânica a uma seqüência de perguntas previamente estabelecida pode promover modificações nas ações e nas atitudes dos profissionais, representadas por vários fatores, como um maior interesse e cuidado pelo bem estar do paciente, dentro e fora da consulta.

Por exemplo, em certa ocasião o paciente de Tadeu é um homem que usa medicação neuroléptica, para tratamento de esquizofrenia; entre eles observei o seguinte diálogo:

Tadeu: Olá, como vai o senhor?

Sr. L: Melhor agora que comprei um micro-ondas; agora posso cozinhar todos os dias.

Tadeu: Então melhorou muito agora para o senhor. E como está a história com o seu filho?

Sr. L: Na mesma, ele vive mamado [drogado].

Tadeu: Ele está trabalhando?

Sr. L: Não... e continua me agredindo.

Tadeu: Ele não vem mesmo aqui conversar comigo?

Sr. L: Ah doutor, ele não vem não...

O interno demonstra interesse pelo bem estar social do Sr. L, traz o tema da violência familiar para o atendimento e se oferece para conversar com o filho agressor.

Em um outro momento, durante uma primeira visita domiciliar a uma senhora de idade, que mora só em um quarto pequeno e mal arejado (em uma casa de cômodos), Domenico demonstra cuidado com a saúde e com o bem estar da paciente:

Domenico: Que dia a senhora disse que tem uma consulta marcada com o Otorrino?

Sra. A: Tenho, mas não estou entendendo direito este cartão. (com o cartão de marcação de consultas nas mãos)

Domenico pega o cartão identifica a data e pergunta: a senhora tem um calendário?

A Sra. A aponta para um, preso na parede. O interno faz um círculo vermelho em torno da data marcada para a consulta.

Domenico: Pronto, agora a senhora não vai perder a consulta.

O deslocamento do foco da atenção do profissional do roteiro para o paciente, leva a um conseqüente interesse pelos desejos destes, que devem ser sempre considerado.

Em um dos períodos observados um menino de sete anos de idade chega sozinha ao consultório para uma consulta de rotina. Após certificar-se que havia um adulto responsável pela criança na Unidade, e que a criança deveria checar peso e altura (a pedido da nutricionista), Bárbara pergunta:

Bárbara: Oi você veio só?

J P: Não, a minha tia me trouxe; ela está lá fora.

Bárbara: Você quer chamá-la ou quer ser atendido sozinho?

J P: [demonstrando alegria pela oferta] E eu quero ficar só.

Em outro momento, antes de iniciar uma consulta Bárbara me avisa: **“É possível que a paciente que vou atender agora, não queira ser atendida na sua presença. Ela tem problemas psiquiátricos e, uma vez, precisei pedir a uma estudante de nutrição para sair da sala”**. A interna demonstra preocupação com o conforto emocional da paciente durante a consulta, deixando claro para mim que esta seria a prioridade a ser respeitada.

Nas ações que focalizam em primeiro plano o paciente, a chance de compreender as dificuldades destes em determinadas situações aumentam. Durante um atendimento Tadeu decodifica, verbaliza e compreende a recusa de um paciente em se submeter a determinado procedimento. O paciente em questão é o mesmo da situação citada anteriormente, e que faz uso de medicação para esquizofrenia.

Tadeu: O senhor fez os exames que pedi?

Sr. L: O de urina não fiz... e não vou fazer mais, não quero.

Tadeu: Porque não gostou daquele outro exame não é? (referia-se ao toque retal realizado pelo paciente no mês anterior)

Sr. L: Não gostei e não vou voltar... não precisa; há mais de trinta anos que tenho isso na urina.

Tadeu: Está bem, o exame é importante, mas vamos conversar mais a respeito depois.

Nas ações centradas nos pacientes, observa-se o que parece ser uma ampliação da compreensão sobre a realidade social das pessoas e maior interesse pelas diferenças culturais, que influenciam a concepção sobre saúde e doença tanto dos médicos quanto dos pacientes. Os seguintes comentários a respeito do assunto foram feitos pelos internos nas visitas domiciliares ou durante a entrevista, quando perguntados sobre como se sentiam nas visitas domiciliares. **Domenico: “... e ainda reclamamos da vida; como é precário tudo aqui... como as pessoas podem viver com tão pouco”**. Esse comentário feito ao sairmos de uma visita domiciliar, em um prédio de dez andares, que abriga cerca de sessenta quartos de cômodos, pequenos, escuros e mal arejados, com latas de lixo sem tampas pelos corredores e onde moram inúmeras famílias. Na entrevista Domenico afirma que **“depois da visita domiciliar fica mais fácil entender porque o doente tem uma doença e não consegue controlar... é uma vida muito sofrida... enquanto estou aqui falando vou pensando que os meus pacientes que comparecem mais às consultas na unidade, são os que vivem em melhores condições”**.

Em outra visita, vou com Carolina visitar uma puérpera que teve um bebê há dois dias. A família mora no décimo primeiro andar de um prédio invadido, que não tem elevador. Carolina diz: **“Meus Deus, como pode subir tudo isso, depois de uma cesárea? E depois descer com o carrinho e com a criança, e depois subir tudo de novo”**. Bárbara que se sentiu muito desconfortável durante algumas visitas, afirma que **“foi bom para ter a noção da realidade das pessoas, porque eu acho que nós aqui vivemos em outro mundo”**. Sua fala reflete conscientização das diferenças sociais entre os profissionais e os pacientes.

Quando o objetivo principal da consulta é o paciente, o profissional tem mais liberdade para expor suas dúvidas e questionamentos, provavelmente por não se

sentir julgado ou avaliado. Observamos por exemplo uma consulta em que a paciente de Carolina fazia perguntas sobre a filha, que não estava presente no momento do atendimento:

Paciente: quero te perguntar uma coisa; a minha filha toma muito danoninho e tem assaduras... falaram para usar nistatina com hipoglós, acha que posso?

Carolina: eu não sei responder, mas vou perguntar para a minha professora.

Em uma consulta de pré-natal, uma gestante pergunta a Carolina:

Paciente: E aí doutora, a minha barriga já desceu?

Carolina: Um centímetro só, mas desceu.

Paciente: Quanto desce para nascer?

Carolina: sinceramente eu não sei... não me lembro de ter estudado isso.

Nas duas situações Carolina não demonstrou constrangimento para dizer que não sabia responder as perguntas das pacientes, tendo procurado esclarecer as dúvidas, posteriormente com a sua supervisora.

Reportando-nos à matriz utilizada para a compreensão da comunicação dos internos descrevemos duas supostas vertentes de ação, ou seja, um tipo de ação centrada nos pacientes e uma segunda centrada nos profissionais. A observação evidenciou que os alunos oscilam entre os dois modelos, utilizando em determinados momentos um tipo de comunicação que demonstra serem as necessidades dos pacientes o principal objetivo do encontro entre eles; em outros desenvolvem ações que parecem estar mais relacionadas com motivações próprias. Nosso estudo demonstrou que aparentemente as oscilações ocorreram independentes das características pessoais dos internos. Para nós esse parece ser

um dos pontos chave da discussão sobre o qual este estudo pretende se debruçar. Será que a utilização destes modelos (profissional centrado e paciente centrado) não está estritamente vinculada às características pessoais e culturais dos profissionais de saúde? Outro questionamento que nos parece relevante é, até que ponto a utilização da Unidade da Saúde da Família enquanto cenário de ensino-aprendizagem propicia uma reflexão sobre os modelos utilizados?

9.5 A EXPERIÊNCIA DOS INTERNOS

Para aprofundar a compreensão de fenômenos observados durante a atividade dos internos na Unidade, decidimos utilizar uma entrevista com roteiro semi-estruturado confeccionado a partir de temas que emergiram durante a observação (roteiro da entrevista em anexo – Apêndice B). As entrevistas foram realizadas na Unidade, com exceção de uma que foi realizada na casa da aluna, porque na ocasião ela já se encontrava de férias da Unidade. Além das perguntas comuns formuladas a todos, alguns internos foram questionados sobre situações específicas oriundas das observações. Em seguida apresento o resultado das entrevistas, organizado por temas.

9.6 O VÍNCULO

No décimo período os alunos podem escolher duas famílias que acompanhavam no nono período, para continuarem atendendo durante o internato. Durante a entrevista quando questionados sobre os critérios que utilizaram para a escolha dessas famílias os alunos citaram o vínculo entre eles como fator determinante dessa escolha. Eles relacionaram a importância da continuidade dos encontros como sendo fundamental para o estabelecimento do vínculo. Carolina cita como exemplo a sua relação com a gestante que acompanhou ao longo de todo o pré-natal: **“Acho que talvez por ser um pré-natal... acompanhar todos os meses... depois toda semana... com certeza isso deve ter alguma coisa a ver com o vínculo”**.

Tadeu fala do vínculo que estabeleceu com o paciente esquizofrênico citado anteriormente: **“Ele era muito calado, mas depois foi se soltando e hoje fala sobre todos os assuntos... mas não foi de imediato, foi ao longo das consultas”**.

9.7 A EMERGÊNCIA DE SITUAÇÕES DESCONFORTÁVEIS

Durante a observação identificamos situações em que os alunos nos pareceram constrangidos. Abordamos a questão solicitando que nos oferecessem exemplos. Foram citadas como situações constrangedoras, por exemplo, a insegurança na realização de alguns procedimentos, a sensação de estar impondo

ao paciente algo que este não queria e a invasão de privacidade com a realização de visitas domiciliares não solicitadas pelos pacientes. Como exemplo do primeiro item temos a colocação de Bárbara: **“No começo eu não sabia fazer o preventivo, porque ainda não tinha feito o rodízio na Pró-Matre; fiquei me sentindo muito desconfortável... temi não fazer direito, não colher direito e ter um resultado que não esteja certo... se eu não pegar as células direito ou não palpar direito eu vou comprometer a saúde da paciente”**.

É uma colocação em que emerge especialmente a importância da supervisão no cenário do PSF, pela diversidade das habilidades a serem desenvolvidas pelos estudantes durante o estágio na Unidade.

O desconforto de Tadeu foi com a temática da imposição: **“Eu me incomodo quando tenho a necessidade de fazer alguma coisa que o paciente não quer... A saúde é dele, tem o direito de optar... acho que é um direito de todo mundo. Se o paciente é lúcido se responde por si mesmo o certo é escrever o que precisa ser feito, explicar tudo e deixar que ele decida”**. Tadeu se refere especificamente a um paciente que não queria se submeter a outro exame de toque retal, pois se sentira muito constrangido durante o primeiro.

Domenico cita a questão da visita domiciliar não agendada previamente: **“Eu acho que entrar na casa da pessoa sem ela ter chamado... isso eu acho meio constrangedor, meio invasivo... você entra numa casa sem ter avisado, muitas vezes a casa está suja... a casa da pessoa é tão humilde que ela não faz questão de te receber, por vergonha”**.

Tadeu também citou o seu desconforto com as visitas: **“Esse negócio de bater de porta em porta, não deveria ser para médicos... para fazer a busca ativa sim, mas os agentes comunitários podem fazer... às vezes o doente não**

quer e aí volta a questão de impor, eu estou chegando e ele tem de me receber... muita gente não gosta”.

9.8 A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

Este estudo estava interessado na temática da comunicação em geral, e não apenas na mediada pelas palavras. Os alunos relatam situações em que percebem a dificuldade dos pacientes em comunicar o que pensam e sentem e a atitude que tiveram em tais situações. Podemos observar até que ponto, nesta fase do curso, eles são capazes de interpretar algumas das mensagens que lhes são dirigidas:

Bárbara: **“Quando eu percebo que o paciente quer contar alguma coisa, fico à vontade para perguntar... não fico titubeando... não sinto vergonha... porque é aqui que ele tem de contar... preciso entender o paciente para poder ajudar... claro que se vejo que o paciente está constrangido não fico insistindo. Tenho de perceber até onde posso ir... tem de esperar o momento. A pessoa também tem o direito de não querer falar”.**

Tadeu: **“Quando percebo que a pessoa está com vergonha de falar alguma coisa, vou abordando outros assuntos, para deixar a pessoa descontrair e depois insisto um pouco e volto ao assunto que pareceu difícil”.**

Domenico: **“Se percebo que ficou algo sem ser dito, pendente, eu vou bisbilhotando até chegar onde quero... vou jogando um verde, até chegar ao assunto”.**

Camila: “Neste período atendi uma senhora que me parecia deprimida, mas que não falava a respeito; lancei alguns temas e quando perguntei pelos filhos senti que era alguma coisa relacionada ao filho dela... o rapaz estava usando drogas e ela estava muito preocupada com isso... se eu não tivesse percebido e puxado por ela, não teria falado”.

As colocações demonstram o interesse dos alunos em desenvolver a habilidade de conversar sobre questões que não são plenamente verbalizadas pelos pacientes.

Questionamos os internos sobre situações que ocorreram durante as observações e que estão relacionadas ao tema da comunicação não verbal. Com Carolina conversei sobre o dia em que uma adolescente solicitou a realização de um preventivo, mas que pelo medo da paciente que chegou a desmaiar, o exame não chegou a ser concluído. Carolina lembrava da paciente e do incidente, mas não havia pensado que a paciente poderia ter uma história anterior relacionada a procedimentos médicos que justificassem o medo que demonstrou.

Perguntamos a Tadeu, se ele havia percebido, durante a última consulta realizada imediatamente antes de começarmos a entrevista, a comunicação indireta de uma paciente que soube ser diabética recentemente, e que durante a consulta demonstrou sem explicitar, que não estava aceitando o diagnóstico. Ela repetiu várias vezes que tinha uma alimentação controlada que não comia nada que pudesse alterar a sua glicemia, e demonstrava uma expectativa de refazer o exame; Tadeu não havia percebido na comunicação da paciente as dificuldades que apontei.

As situações comentadas parecem apontar para o fato, de que neste estágio de desenvolvimento das habilidades profissionais, os alunos nem sempre são

capazes de perceber importantes comunicações indiretas dos pacientes. A observação evidenciou que ocorre uma oscilação na compreensão dos alunos, com relação às comunicações não verbais ou comunicações indiretas.

Quando perguntados sobre o que levariam das experiências vividas na Unidade para a vida profissional obtive as seguintes respostas:

Carolina: **“Aprendi a ter essa continuidade com a família. No hospital só vemos o paciente uma vez e raramente nos encontramos de novo. No PSF temos a continuidade. Isso acaba se traduzindo num vínculo maior, você acaba conhecendo mais a pessoa e de repente percebe que aquele problema dela não é só de fundo fisiológico”**.

Bárbara: **“Eu gostei muito de aprender a importância de se mostrar ao paciente que você se importa com ele. Eu aprendi muito sobre isso no PSF. Acho que eu não tinha essa idéia tão clara antes, não sabia que faz tanta diferença. Não tinha noção da relação médico-paciente até colocar em prática. Vou aplicar isso na minha vida”**.

Tadeu: **“Acho que aqui no PSF se aprende a humanizar a relação com os pacientes; para mim foi o mais positivo. Acho que vou usar tudo o que eu aprendi aqui. Vou usar a comunicação, vou ouvir o paciente e tentar acreditar nele. A comunicação foi o que eu mais aproveitei aqui. Eu sou tímido, calado, e aprendi aqui que quando a gente se comunica com o paciente ele se sente melhor. Eu também me senti melhor podendo conversar mais. Todo mundo vive dizendo que eu sou tímido, mas isso não aconteceu aqui, nenhum paciente disse, doutor você é tímido, e eu achei isso meritório. Aqui posso ser do jeito que sou e falar de tudo do jeito que quiser porque estou fazendo o meu dever. Isso foi o melhor”**.

As respostas dos internos incluem temas já abordados neste capítulo, como a natureza do vínculo, a ampliação da comunicação, e a centralização do interesse nas necessidades do paciente.

9.9 TRABALHANDO COM ESTUDANTES DE OUTROS CURSOS: EXPERIMENTANDO A MULTIDISCIPLINARIDADE

Tendo em vista a importância do trabalho em equipe e o investimento institucional em propiciar aos alunos da área da saúde uma experiência de multidisciplinaridade, perguntei aos internos como se sentiram trabalhando com colegas de outros cursos. Obtive as seguintes respostas:

Domenico: “Nesse período trabalhei com a nutricionista. Foi bom, sempre tem paciente precisando de orientação alimentar e eles podem orientar direito”.

Tadeu: “Eu acho legal. Ouvi dizer que tem colegas que não gostam, mas eu acho que a integração com colegas de outras áreas é válida, e está sempre acrescentando. Eu fico sempre observando quando eles estão fazendo a anamnese; vejo o que perguntam e quais as condutas deles. Acho também importante para os pacientes, que recebem mais de um tipo de atendimento”.

Camila: “Eu acho muito legal, gosto mesmo; é sempre de comum acordo, combinamos: primeiro você faz depois eu faço. Eu acho que sempre se acaba aprendendo alguma coisa, algumas dicas que a gente que não é da área não sabe. A colega da odonto um dia me pediu para palpar a barriga da gestante que eu estava atendendo, queria ver como se faz isso”.

Bárbara: **“Observando a minha consulta eu não gostava não. Eu sempre atendi primeiro, afinal o doente era meu, estava marcado para mim, veio ao médico, não veio ao nutricionista ou ao dentista. Eu sempre decidi que eu atenderia primeiro, e se eu achasse que o paciente precisava passava para eles”**.

Obtivemos dois tipos de resposta, que podem estar apontando para as características pessoais envolvidas na maior ou na menor facilidade para trabalhar em grupo. Embora relevante e pertinente este tema não é parte relevante do nosso estudo e não foi neste momento por nós aprofundado. A pergunta foi incluída para aprofundar a nossa compreensão sobre o trabalho em equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objeto de interesse desse estudo foram as práticas e condutas médicas, que se expressam através da comunicação. A palavra comunicação tem como significados “tornar comum”, “repartir”, “partilhar”, “associar”, “trocar opiniões”, “conferenciar”. São significados que estão, de vários modos, relacionados com as práticas em saúde. Nesse estudo a comunicação é compreendida como troca de informações entre duas pessoas, objetivando a construção de um vínculo, entendido como um recurso terapêutico voltado para a prática de cuidar, de curar, de aliviar sofrimentos e de prevenir danos (SOUSA CAMPOS, 2005, p. 68). O foco do trabalho de campo, foi a comunicação como mediadora das ações e atitudes de internos que atuam na Unidade de Saúde da Família da mantida em parceria entre a Universidade Estácio de Sá, e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Os modelos de prática médica que são apreendidos pelos alunos nos cenários de ensino aprendizagem estão relacionados ao conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes a que são expostos ao longo da sua formação. Merhy (2002) denomina de “caixas” ou de “valises” de ferramentas tecnológicas, os saberes e desdobramentos concretos, ou subjetivos, de que os profissionais lançam mão durante o exercício profissional. Para ele, as principais características do modelo assistencial que o profissional utiliza são determinadas pela predominância de certas ferramentas em detrimento de outras. Os instrumentos, desde os mais simples como o termômetro e o estetoscópio, os exames laboratoriais, o registro em prontuários e a utilização de tecnologia mais sofisticada, estariam vinculadas à valise da “tecnologia dura”. Os saberes estruturados aprendidos na formação e no exercício profissional e que são utilizados na investigação e na elaboração de diagnósticos são denominados de

tecnologia “leve-dura”, e por último, o espaço relacional que se estabelece entre o médico e o paciente, é denominado de “tecnologia leve”.

O estabelecimento do vínculo, no vocabulário comum, indica interdependência e compromisso entre os profissionais e os pacientes. É um processo complexo que depende de vários fatores, como a disposição de ajudar, o preparo técnico dos profissionais e a possibilidades de intervenção mediadas pelo acesso a várias tecnologias em saúde. A atenção a aspectos da comunicação, além de melhorar a troca de informação, objetiva assegurar a capacidade de escuta, compreensão e de decisão, permitindo a construção de diversos modelos de relação entre os envolvidos (SOUSA CAMPOS, 2005, p.25). Foi o caso por exemplo, observado com Domenico, que relatou que a qualidade da comunicação que estabeleceu com uma paciente hipertensa foi decisiva para a adesão dela ao tratamento proposto, evidenciando a co-relação entre vínculo, comunicação, ajuda profissional e resultados terapêuticos.

A comunicação, a natureza dos vínculos, e a repercussão destes nas ações profissionais podem ser influenciados, dentre outros, por fatores lingüísticos, pessoais, emocionais, institucionais e culturais. A linguagem funciona como um elo entre os seres humanos, variando de acordo com as situações vividas, e com as dificuldades que precisam enfrentar. É necessário destacar a importância da comunicação não-verbal, amplamente utilizada pelos seres humanos e que, se identificada e corretamente interpretada pode facilitar a formação do vínculo ou fortalecê-lo. A possibilidade de compreensão da comunicação não-verbal pode estar associada a fatores como a empatia, que é a capacidade de compreender o universo emocional e psicológico de alguém independente da fala. Exemplos de

comunicação não verbal foram anteriormente citados demonstrando como podem auxiliar ou dificultar a consulta e as decisões profissionais.

Outros fatores diretamente relacionados com a natureza dos vínculos e com as ações resultantes são a identificação e a transferência, que podem se estabelecer entre os interlocutores. A transferência ocorre quando projetamos sentimentos e afetos próprios, atribuindo-os a outras pessoas ou a instituições (SOUSA CAMPOS, 2005, p. 69). Segundo a psicanálise, os afetos assim transferidos podem ser positivos ou negativos e facilitar ou dificultar a comunicação e o relacionamento. A transferência tem mão dupla e quando acontece do profissional para o paciente é denominada de contratransferência. Na entrevista de dois internos podemos observar exemplos de identificação positiva. Carolina diz que se aproximou de uma paciente porque era jovem como ela, e Tadeu afirma que se identificou positivamente com um senhor que é tímido e calado como ele próprio. Ele se aproximou apesar do paciente estar em tratamento psiquiátrico e demonstrar dificuldades para estabelecer laços afetivos. Para Sousa Campos (2005, p.70), as transferências e contratransferências podem provocar tanto nos profissionais quanto nos usuários, sentimentos de indiferença e de dificuldades para lidar com questões como alcoolismo, dependência de drogas, violência, religião, ideologias, esperanças mágicas, revolta e desafios. Um exemplo disso aconteceu durante uma visita domiciliar, quando Bárbara sentiu medo de um homem que bebia na porta de uma vila e pediu para ser atendido ali mesmo na calçada. Ela diz na entrevista que temeu ser agredida, embora apesar da inadequação do local e da solicitação, não houvesse indícios de motivação agressiva. É possível que Bárbara tenha feito uma contratransferência negativa, em função do ambiente, e do estado ético dos moradores presentes.

Hábitos e comportamentos determinados por padrões culturais têm influência na comunicação e na relação entre profissionais e usuários. O conceito de cultura abrange um conjunto de crenças, de valores, de hábitos, de leis, de costumes e de regras que regem os diferentes grupos humanos. Segundo Helman (2006) os princípios explícitos ou não, adquiridos ou herdados, que mostram ao indivíduo como pensar, agir e ver o mundo, e que se refletem nos hábitos de higiene, no vestuário, na alimentação e no comportamento frente à dor, às doenças e à morte são culturalmente determinados. Médicos e pacientes, ainda que tenham a mesma origem sócio-cultural, vêem os problemas de saúde de maneira muito diferentes, porque as suas perspectivas estão baseadas em premissas diferentes: “O problema reside no modo de garantir a comunicação entre médico e paciente durante o encontro clínico” (Helman, 2006, p. 109).

Como demonstraram as observações, a questão da comunicação é complexa e multifatorial. Ela permeia a utilização das “ferramentas” da tecnologia dura e leve-dura citada por Merhy (2002), e possivelmente influencia as principais características das ações profissionais adotadas nas práticas em saúde. Merhy chega a afirmar que as principais queixas dos usuários dos serviços de saúde no Brasil não estão, em geral, relacionadas à falta ou ao uso inadequado de tecnologia. Segundo ele, as reclamações giram em torno da falta de interesse e de envolvimento entre os profissionais e os usuários desses serviços. “Os usuários como regra geral sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados” (MERHY, 2002, p. 121).

Quando os profissionais privilegiam o espaço relacional entre si próprios e os pacientes, quando o valorizam tanto quanto o uso da tecnologia ou como parte dela, podem ampliar e sofisticar os recursos a serem utilizados na investigação clínica,

aumentando as possibilidades de encaminharem adequadamente ou de resolverem os problemas de saúde que permitam solução. É um modelo de prática que está mais centrada nas pessoas e nas suas necessidades, ou no dizer de Sousa Campos (2005), “nos sujeitos reais e em suas existências concretas”. Um dos desafios da educação médica contemporânea é o desenvolvimento de propostas pedagógicas que facilitem o desenvolvimento das habilidades de comunicação que são indispensáveis para o desempenho do exercício profissional centrado nos pacientes.

Algumas vertentes destacam-se como relevantes para as considerações finais deste estudo. A primeira está relacionada à prática médica (profissional-centrada, e paciente-centrada), e a segunda relaciona-se com aspectos observados no trabalho de campo, como a aquisição de habilidades para o estabelecimento de vínculos e a compreensão da comunicação não verbal. Como comentamos anteriormente, os internos demonstraram uma alternância na adesão a um e outro modelo de atuação. Essa alternância não parece estar relacionada a características pessoais dos alunos, uma vez que elas ocorreram com todos, em diferentes momentos e situações. Uma das possibilidades é que o modelo de comunicação utilizado pelos alunos decorra em algum grau do ensino-aprendizagem da prática médica e da aquisição da identidade profissional, relacionados com os cenários de ensino-aprendizagem utilizados pelas Escolas de Medicina. A aquisição de determinadas habilidades, como por exemplo, a de comunicação, sofre a influência do contexto em que as atividades são realizadas.

No Capítulo quatro deste estudo tecemos questionamento sobre o fortalecimento da base experimental proposta por Flexner para o ensino médico, e as possíveis conseqüências deste, para o ensino de aspectos humanos da educação e da prática médica. Vimos que, nesse contexto, receberam ênfase a

pesquisa, a especialização, e a eleição do hospital como lócus para o ensino. A hegemonia do modelo proposto por Flexner, parece estar implicada nos modelos de comunicação, e de prática médica ainda predominante. Por outro lado, as Diretrizes Curriculares homologadas em 2001 apontam para a necessidade da formação médica englobar tanto a qualidade técnica do ato médico, quanto o desenvolvimento de habilidades de comunicação, mediadora da garantia da saúde como exercício da cidadania. Dentre os desafios colocados para as Escolas de Medicina ressaltamos o relacionado com a habilidade de comunicação, desenvolvida nos ambientes e nos contextos reais de prática com as pessoas e os seus familiares.

Cabe questionar, finalmente, se as oscilações que observamos nos modelos de práticas desenvolvidas pelos internos na Unidade da Saúde da Família da Lapa, não estariam de algum modo relacionadas com as experiências vividas por eles neste contexto de ensino-aprendizagem, sendo talvez por elas estimuladas.

Desta forma nos parece que as Unidades da Saúde da Família podem ser avaliadas como importantes cenários de ensino-apredizagem para estudantes de medicina, podendo contribuir em conjunto com os demais cenários tradicionalmente utilizados, na aquisição de habilidades indispensáveis à formação médica atualizada.

Seria extremamente oportuno analisar, futuramente, os modelos de comunicação e de prática que irão predominar, no exercício profissional de tais alunos. É importante reconhecer o provável impacto das condições de trabalho. Caso sejam incompatíveis com o desenvolvimento de vínculos, é improvável que o investimento na mudança na formação, isoladamente, gere mudanças duradouras como demanda a sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.C. de. *Consequences for faculty of changes in medical education: the experience of tutoring a course about the patient-doctor relationship*. 2000. Tese (Doutorado) - Faculty of the Graduate School of Education, Harvard University, 2000.

_____. Tendências na educação médica: um modelo curricular ajustado ao conceito ampliado de saúde, às mudanças tecnológicas e à realidade social. In: ARRUDA, B.K.G. de (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: IMIP; Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.69-86.

_____; CORDEIRO, H. Integração vertical e horizontal do currículo médico no contexto das novas diretrizes curriculares: o Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.164-172, 2004.

ANDRADE, L.O.M. de; BEZERRA, R.C.R.; BARRETO, I.C.H.C. O programa de saúde da família como estratégia de atenção básica à saúde dos municípios brasileiros. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.39, n.2, p.327-349, 2005.

ARAUJO, I.S. de; CARDOSO, J. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p.239-251.

BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1981.

BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BELLUSCI, D.G.P. *Programa de saúde da família: manual prático de instalação para gestores municipais, médicos, odontológicos e equipes*. São Paulo: Lawbook, 2002.

BONET, O. A equipe de saúde como um sistema cibernético. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p.117-128.

CAMARGO JR., K.R. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.45-68, 1997.

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 2.ed. Lisboa: Afrontamento, 1993 apud REGO, S. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

CECCIM, R.B. Onde se lê “Recursos humanos da saúde”, leia-se “Coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: MATTOS, R.A. de (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p.161-180.

CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M.L.O.R. Educação em saúde na prática do PSF. *Manual de enfermagem*. 2001. Disponível na internet: <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). *Novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina*. Parecer n.1.133/2001. Brasília, D.F.: 2001. Disponível na Internet: http://www.abem-educmed.org.br/diretrizes_curriculares.htm.

CORDEIRO, M. A escola médica e o novo modelo de cuidados de saúde do SUS: a sustentabilidade das mudanças curriculares. *Olho Mágico*, Londrina, v.9, n.1, p.13-15, 2002.

DA ROS, M.A. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, J.J.N. (Org.) et al. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: ABEM, 2004. p.224-244.

FERREIRA, J.R. O médico do Século XXI. In: ARRUDA, B.K.G. de (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: IMIP; Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.27-47.

FEUERWERKER, L. Estratégias de mudança da formação dos profissionais de saúde. *Olho Mágico*, Londrina, v.9, n.1, p.16-18, 2002.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnicoassistencial. In: *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.72-124.

FREYRE, G. *Sociologia da medicina*. Brasília: Editora UNB, 2004.

HELMAN, C.G. *Cultura, saúde & doença*. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HENRIQUES, R.L.M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de resignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p.147-159.

ISMAEL, J.C. *O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada*. São Paulo: IPEX, 2002.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Sociologia geral*. 5.ed.rev.aum. São Paulo: Atlas, 1985.

LAMPERT, J.D. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec & ABEM, 2002.

LENHARD, R. *Sociologia geral*. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1973 apud LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Sociologia geral*. 5.ed.rev.aum. São Paulo: Atlas, 1985.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos de Saúde da Família*, Brasília, n.1, p.3-15, 1996.

LIMA-GONÇALVES, E. *Médicos e ensino da medicina no Brasil*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, F.R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p.47-63.

MALDONADO, M.T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 14.ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. Cap.4.

MERHY, E.E. *Saúde e cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERTON, R.K.; READER, G.G.; KENDALL, P.L. (Ed.). *The student-physician introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press, 1957 apud REGO, S. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOORE, W.E. *The professions: roles and rules*. New York: Russel Sage Foundation, 1976 apud REGO, S. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PAULO, L.G.; ZANINI, A.C. *Compliance: sobre o encontro paciente/médico*. São Paulo: IPEX, 1997.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PERESTRELLO, D. *A medicina da pessoa*. 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1982.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p.37-56.

REGO, S. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

RIBEIRO, E.C.O. Educação permanente em saúde. In: MARINS, J.J.N. (Org.) et al. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: ABEM, 2004. p.285-303.

_____. Ensino aprendizagem na escola médica. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E.L. (Coord.). *Educação médica*. São Paulo: Sarvier, 1998. p.40-49.

ROCHER, G. *Sociologia geral*. Lisboa: Presença, 1971 apud LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Sociologia geral*. 5.ed.rev.aum. São Paulo: Atlas, 1985.

SECLLEN-PALACIN, J. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: SECLLEN, J; FERNANDES, A.S. (Org.). *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília, D.F.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. Cap.1.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p.241-257.

SOUSA CAMPOS, G.W. *Saúde Paidéia*. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

STELLA, R.C.R. Estratégias de mudança na formação de profissionais de saúde e mecanismos de sustentação: a formação médica. *Olho Mágico*, Londrina, v.9, n.1, p.19-20, 2002.

TEIXEIRA, J.E. O processo de aprendizagem em hospitais de ensino. In: MARINS, J.J.N. (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: ABEM, 2004. p.109-122.

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ. *Projeto pedagógico e operacionalização do curso (Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá)*. Rio de Janeiro: 2002. (Mimeogr.).

VIANA, A.L.A.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.11-48, 1998.

VIANNA, C.M.M. Estrutura do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico financeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.375-390, 2002.

VIEIRA, J.E. O processo de aprendizagem em hospitais de ensino. In: MARINS, J.J.N. (Org.) et al. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: ABEM, 2004. p.109-140.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, K. Uma semiótica da integralidade, o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p.133-155.

ZAIDHAFT, S. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1990.

APÊNDICE A: TERMOS DE CONSENTIMENTO

Universidade Estácio de Sá
Curso de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Riachuelo, nº 27, 3º andar, Lapa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para internos de medicina)

Você está convidado a participar da pesquisa cujo título é: Quem entende melhor atende: um estudo sobre a comunicação entre estudantes de medicina e usuários de uma equipe de saúde da família. A sua participação (ou a sua recusa) não trará nenhum prejuízo em sua relação com os professores e usuários da unidade, nem terá influência na sua avaliação acadêmica. O objetivo principal desta pesquisa é conhecer melhor a comunicação entre os internos de medicina e os usuários do PSF unidade Lapa, através da observação das atividades desenvolvidas pelo aluno na unidade, durante um mês.

Asseguramos que as informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais, sendo manipuladas somente pelo grupo de pesquisadores. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as outras observações realizadas. Sua participação não envolve risco pessoal ou profissional. Sua participação não será remunerada e os dados coletados estarão beneficiando o aprimoramento do referido programa.

O interno que participar da pesquisa, deverá informar ao usuário no momento da atividade, o motivo da presença da pesquisadora.

Lucia Regina de Jesus Ramos
Pesquisador responsável

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

.....

Interno

Documento de identificação:

APÊNDICE B: ROTEIRO DA ENTREVISTA

- 1- Quando você começou o décimo período pode selecionar uma família que já acompanhava no período anterior. Que critério usou para fazer esta escolha?

- 2- Durante o estágio na Unidade da Saúde da Família, você sentiu desconforto na abordagem de algum assunto? Poderia dar um exemplo? Como lidou com situação?

- 3- Alguma vez durante as suas atividades, você observou expressões ou atitudes dos pacientes que pareciam estar querendo comunicar algo que te pareceu importante? Qual foi a sua reação?

- 4- Como foi para você trabalhar com colegas de outros cursos? Acha que a presença deles interferiu com o seu trabalho? Como?

- 5- Como você descreveria a sua experiência nas visitas domiciliares?

- 6- O que pensa a respeito da sua experiência na Unidade?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)